



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Sandra Maria Castro Oliveira

A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Sandra Maria Castro Oliveira

**A pessoa em situação crítica internada
em cuidados intensivos: necessidades
sentidas pelos familiares na primeira
visita**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem
da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Fátima Braga
e da
Professora Doutora Odete Araújo

Setembro de 2020

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas

no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho

[Caso o autor pretenda usar uma das licenças Creative Commons, deve escolher e deixar apenas um dos seguintes ícones e respetivo lettering e URL, eliminando o texto em itálico que se lhe segue. Contudo é possível optar por outro tipo de licença, devendo, nesse caso, ser incluída a informação necessária adaptando devidamente esta minuta]



**Atribuição
CC BY**

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

[Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.]

“Entrei e o que vi?
Aparelhos e barulhos esquisitos.
Um som de bip assolou-me naquele momento.
Comecei a andar, mas o caminho
Parecia não ter fim...
De repente senti que tinha chegado
Junto daquele que seria o motivo
Da minha presença naquele local...
E agora?”

Anónimo

AGRADECIMENTOS

Aos familiares dos doentes internados nas Unidade de Cuidados Intensivos que, apesar de todo o sofrimento, mostraram-se disponíveis para participar no estudo; sem eles nada disto seria possível.

Às minhas orientadoras, professora Fátima Braga e professora Odete Araújo, pela presença constante, pelos ensinamentos, pela amizade e por todas as palavras de coragem e incentivo.

Aos colegas das UCI (Enfermeira Manuela Carvalho, Vanessa Ribeiro, Susana Martins, Marco Sousa, Catarina Nogueira, Ana Martins), pela ajuda e disponibilidade na recolha de dados.

À enfermeira chefe da UCIP, Enfermeira Isabel, que jamais esquecerei, pelo ombro amigo numa das fases mais difíceis da minha vida...

A todos os meus colegas de mestrado pela partilha.

À minha amiga e colega Elsa, onde embarcamos juntas neste sonho, pela amizade, companheirismo e apoio constante mesmo nos momentos mais difíceis.

À minha família, que é o meu porto de abrigo em todas as situações, que sempre me deram forças para terminar esta jornada que parecia não ter fim. Obrigada pela paciência, compreensão pelos muitos momentos ausentes.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

RESUMO

O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é uma situação inesperada que envolve não só a pessoa em situação crítica, mas toda a família, despoletando sentimentos de angústia, incerteza, sofrimento e *stress*, provocando alterações drásticas nas rotinas diárias da família. Assim, é primordial que a família constitua um foco de atenção dos enfermeiros tão importante como o cuidar da Pessoa em Situação Crítica (PSC). Cuidar da PSC é um desafio, mas cuidar da sua família torna-se um desafio ainda maior. Mas, para ajudar a vivenciar todo este processo de saúde/doença de uma forma mais saudável é necessário que o enfermeiro conheça quais as principais necessidades sentidas pela família. E é na primeira visita à UCI que essas necessidades se tornam mais previsíveis. Por isso, é da competência do enfermeiro realizar um acolhimento adequado à família de forma a diminuir a ansiedade e gerar confiança e tranquilidade. Neste sentido foi desenvolvido um estudo quantitativo, de caráter exploratório, descritivo-correlacional e transversal, delineando como objetivos identificar e descrever as principais necessidades sentidas pelos familiares da PSC e analisar a correlação entre as diferentes dimensões e as respetivas variáveis. A amostra não probabilística por conveniência e correlacional foi constituída por 88 familiares de referência de doentes internados em três UCI num hospital do norte de Portugal. Para a recolha de dados foi utilizado o Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI), adaptada para a população portuguesa por Sara Campos em 2014. Os resultados evidenciaram que os familiares atribuíram uma maior importância à necessidade segurança ($M=3,87$; $DP=0,33$), seguida de informação ($M=3,58$; $DP=0,36$), proximidade ($M=3,49$; $DP=0,33$), suporte ($M=3,08$; $DP=0,37$) e, por último, as necessidades relacionadas com o conforto ($M=2,98$; $DP=0,44$). Constatou-se que a nível de correlações entre as diferentes dimensões são estatisticamente positivas (variando com um coeficiente de Pearson entre $0,337$ e $0,643$), à exceção da dimensão conforto/segurança que não apresenta significado estatístico ($r=0,205$). Quanto às correlações entre as dimensões e os dados sociodemográficos, verificou-se que a única variável com significado estatístico é o sexo do participante, em que o sexo feminino atribuiu maior importância à dimensão informação ($M=3,65$), suporte ($M=3,165$) e conforto ($M=3,07$), comparativamente com o sexo masculino.

Palavras-chave: cuidados intensivos, doente crítico, família, necessidades.

ABSTRACT

The hospitalization in an Intensive Care Unit (ICU) is an unexpected situation that involves not only the person in a critical situation, but the whole family, triggering feelings of anguish, uncertainty, suffering and stress, causing drastic changes in the daily routines of the family. In that regard, family is as important as the care of the Person in Critical Situation (PCS). Taking care of the PCS is a challenge but taking care of her family becomes an even bigger challenge. However, to help to experience this whole health/disease process in a healthier way, it is necessary that nurses know the main needs felt by the family. And it is on the first visit to the ICU that these needs become more predictable. Therefore, it's up to the nurses to provide an adequate welcome to the family in order to reduce anxiety and generate confidence and tranquility. In this sense, a prospective, descriptive, exploratory and transversal study, with a quantitative approach was developed, aiming to identify and describe the main needs felt by the family members of the PCS and to analyze the correlation between the different dimensions and their variables. The non-probabilistic sample for convenience and correlation was composed of 88 relatives of patients hospitalized in three IUC in a hospital in northern Portugal. For data collection, the Family Needs Inventory was used in the Intensive Care Unit (INFUCI), adapted for the Portuguese population by Sara Campos in 2014. The results showed that family members placed greater importance on the need for safety ($M=3.87$; $DP=0.33$), followed by information ($M=3.58$; $DP=0.36$), proximity ($M=3.49$; $DP=0.33$), support ($M=3.08$; $DP=0.37$) and, finally, comfort-related needs ($M=2.98$; $DP=0.44$). It was found that the level of correlations between the different dimensions are statistically positive (varying with a Pearson coefficient between 0.337 and 0.643), except for the comfort/safety dimension that has no statistical significance ($r=0.205$). Regarding the correlations between dimensions and sociodemographic data, it was found that the only variable with statistical significance is the gender of the participant, in which the female gender attributed greater importance to the information dimension ($M=3.65$), support ($M=3.165$) and comfort ($M=3.07$), compared to males.

Keywords: critical ill patient, family, intensive care unit, necessities.

INDICE

INTRODUÇÃO

1- A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	18
1.1- A pessoa em situação crítica	21
1.2- A família da pessoa em situação crítica	23
1.3 – A família que vivencia uma transição saúde-doença (teoria de Meleis)	34
1.4- Revisão da literatura	38
2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	42
3- METODOLOGIA	48
3.1- Tipo de estudo e objetivos	48
3.2- População e amostra	50
3.3- Instrumento de colheita de dados	51
3.4- Considerações éticas	52
4- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	54
5- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
6- CONCLUSÃO	81
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

ANEXOS

Anexo1- Instrumento de colheita de dados (Inventário INFUCI)

Anexo 2- Autorização da autora Sara Campos

Anexo 3- Protocolo de investigação

Anexo 4- Autorização da Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho

Anexo 5- Autorização da Comissão de Ética do Hospital de Braga

Anexo 6- Parecer da proteção de dados de estudos em saúde do Hospital de Braga

Anexo 7- Pedidos de autorização para realizar o estudo aos diretores clínicos e enfermeiros chefes das diferentes Unidades de Cuidados Intensivos

Anexo 8- Consentimento informado

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCFNI- *Critical Care Family Needs Inventory*

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção Geral de Saúde

Et al. – e outros

ICN- *Intenational Council of Nurses*

INFUCI- Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos

OE- Ordem dos Enfermeiros

PSC- Pessoa em Situação Crítica

SPSS- *Statistical Package for Social Science*

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Síntese dos artigos incluídos na análise	39
Tabela 2- Dados sociodemográficos da amostra	55
Tabela 3- Frequência das respostas dos familiares ao INFUCI	56
Tabela 4- Estatística descritiva das necessidades dos familiares de acordo com a resposta ao INFUCI	59
Tabela 5- Estatística descritiva das diferentes dimensões.....	61
Tabela 6- Correlação entre as diferentes dimensões	64
Tabela 7- Correlação entre as diferentes dimensões e as idades do participante e familiar	65
Tabela 8- Estatística descritiva entre as diferentes dimensões e o sexo do participante.....	66
Tabela 9- Estatística inferencial entre as diferentes dimensões e o sexo do participante	67
Tabela 10- Estatística descritiva entre as diferentes dimensões e a relação do participante	69
Tabela 11- Estatística inferencial entre as diferentes dimensões e a relação do participante	69
Tabela 12- Estatística inferencial entre as diferentes dimensões e o nível educacional do participante	71
Tabela 13- Estatística descritiva entre as diferentes dimensões e o nível educacional do participante.....	71
Tabela 14- Estatística descritiva entre as diferentes dimensões e a experiência anterior do participante numa UCI	72
Tabela 15- Estatística inferencial entre as diferentes dimensões e a experiência anterior do participante numa UCI	73
Tabela 16- Estatística descritiva entre as diferentes dimensões e o sexo do familiar	74
Tabela 17- Estatística inferencial entre as diferentes dimensões e o sexo do familiar	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Teoria das transições de Meleis 2010 (adaptado)	35
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Dimensões das necessidades e respetivos itens	60
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Representação da dimensão suporte	61
Gráfico 2- Representação da dimensão conforto	62
Gráfico 3- Representação da dimensão informação	62
Gráfico 4- Representação da dimensão proximidade	63
Gráfico 5- Representação da dimensão segurança	63

INTRODUÇÃO

A doença surge na vida da pessoa de uma maneira inesperada, súbita, acarretando uma série de sentimentos como o medo, a ansiedade, a impotência, a angústia, o sofrimento, fazendo emergir toda a vulnerabilidade e fragilidade do ser humano.

Vieira, (2003, p.18) considera que a “A doença é para nós, senão a mais comum, a mais evidente expressão da vulnerabilidade humana, quer fazendo sentir no corpo, sobretudo pela percepção da dor, quer alterando a identidade e colocando em risco a existência em geral”.

Perante uma situação de doença crítica, não é só a pessoa doente que é afetada, mas sim toda a estrutura familiar. Quando implica o internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), geralmente é uma situação súbita, inesperada, que desencadeia stress e ansiedade e cuja estrutura familiar é ameaçada provocando alterações drásticas a nível familiar, psicológico e económico.

O ambiente de uma UCI está repleto de tecnologia sofisticada, que é totalmente desconhecida para a família. O simples facto do doente estar monitorizado, os alarmes constantemente a tocar, os profissionais de saúde equipados de forma diferente, provoca ansiedade e receio aquando da primeira visita ao doente internado na UCI. A primeira vez que os familiares veem o seu familiar doente na UCI instala-se o medo e a ansiedade que vão inevitavelmente repercutir-se nos seus comportamentos. Tudo isto dificulta o processo de adaptação e aceitação destes familiares nestas unidades. Torna-se importante que os enfermeiros preparem os familiares para o que vão encontrar, informa-los do que os espera e esclarecê-los nas suas dúvidas.

A família constitui um foco da atenção dos enfermeiros, um foco do cuidar tão importante como o da pessoa em situação crítica. A Ordem dos Enfermeiros evidencia esta necessidade, classificando-a como sendo uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019). No entanto, para incluir a família no processo de cuidados é importante que seja estabelecida uma relação de ajuda e confiança e tal só é possível se os enfermeiros forem capazes de avaliar corretamente as necessidades reais da família (Esteves, 2012). Conhecer as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica (PSC) é uma parte essencial dos cuidados dos profissionais de saúde para que seja possível prestar cuidados holísticos ao doente e sua família.

A problemática em estudo suscitou interesse e motivação pessoal, considerando de extrema

importância o desenvolvimento de competências específicas dos enfermeiros, em situações particularmente difíceis de lidar e que estão relacionadas com a abordagem à família da PSC. O impacto vivido pelos familiares da PSC potencia uma vulnerabilidade acrescida onde “só um profissional responsável se permite acautelar a vulnerabilidade daqueles com quem interage” (Mendes, 2016, p.7).

No contexto da evidência científica internacional verifica-se que as necessidades dos familiares da PSC internada em UCI têm sido investigadas sob inúmeros aspetos, cujos resultados dos estudos realizados permitem uma maior consciencialização de que o atendimento das necessidades da família é de extrema importância e que não pode ser ignorado. Desta forma torna-se essencial que os profissionais de saúde conheçam a importância que os familiares atribuem a cada necessidade (Loureiro, 2011).

Já em Portugal, os estudos relacionados com esta temática são escassos, tornando-se fundamental investigar as necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita à UCI.

Perante o exposto surge o tema desta dissertação **“A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita”**, que se insere no âmbito do 2º ciclo de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Monte e Alto Douro, para a obtenção do grau de mestre.

Após a reflexão sobre a temática em estudo, foi formulada a seguinte questão de partida que serve de fio condutor na presente investigação: “Quais as necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa unidade de cuidados intensivos no momento da primeira visita”.

O estudo baseia-se numa abordagem quantitativa, do tipo exploratório, descritivo-correlacional e transversal, tendo por objetivo geral analisar as necessidades da família da pessoa em situação crítica internada numa unidade de cuidados intensivos no momento da primeira visita.

Do ponto de vista estrutural, a presente investigação encontra-se dividida em sete capítulos. No primeiro capítulo é abordado a unidade de cuidados intensivos (uma breve história sobre o aparecimento das primeiras unidades assim como a sua definição); a pessoa em situação crítica; a família da pessoa em situação crítica e quais as suas principais necessidades; a família que vivencia uma transição de saúde/doença, segundo a teoria de Meleis e uma revisão da literatura.

O segundo capítulo enfatiza as competências do enfermeiro especialista, nomeadamente as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. O terceiro capítulo é sede da metodologia do estudo, designadamente o tipo de estudo e os objetivos, a caracterização da população e amostra, onde se apresenta o instrumento de recolha de dados e as considerações éticas. No quarto capítulo são apresentados os resultados obtidos no estudo, seguindo-se a discussão dos mesmos no capítulo seguinte. O sexto capítulo diz respeito à conclusão, onde se apresenta uma reflexão sobre o desenvolvimento do trabalho, dificuldades e limitações do estudo e sugestões. Por fim, o sétimo capítulo é dedicado às referências bibliográficas do estudo.

1- A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Enfermagem como profissão surgiu no início do século XXI, graças ao trabalho desenvolvido por Florence Nightingale. Foi durante a Guerra da Crimeia (1853-1856) que Nightingale agrupou pelas enfermarias os doentes de acordo com o seu estado de gravidade, de modo a que os doentes mais graves ficassem nas enfermarias mais próximas às áreas de trabalho de enfermagem, para que tivessem uma maior vigilância e atendimento contínuo (Pereira, 2000).

Mais tarde, na Dinamarca, na década de 50, surgiu uma epidemia de poliomielite, em que os doentes foram agrupados de forma a serem rigorosamente observados e ventilados, emergindo a nova tecnologia da ventilação mecânica, dando assim um novo impulso na criação de unidades especializadas para o tratamento de doentes críticos (Urden, Linda, & Stacy, 2008; Castro, Vilelas & Botelho, 2011; Rabim, 2017).

Foi então que as primeiras unidades foram-se desenvolvendo e aumentando o seu campo de ação, aliados ao avanço técnico e de várias especialidades. Todo este desenvolvimento aliado ao rápido progresso terapêutico permitiu que cada vez mais os doentes graves tivessem mais hipóteses de tratamento, permitindo também o reconhecimento do papel do enfermeiro na observação e na monitorização dos doentes críticos (Urden et al., 2008).

Nos dias de hoje, podemos encontrar nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), inúmera tecnologia, como ventiladores, máquinas de diálise, monitores multiparâmetros, que permitem monitorizar as várias funções vitais. Segundo Gullo, Lumb,& Besso (2009), é a utilização orientada desses instrumentos que permite obter uma informação instantânea das alterações dos parâmetros fisiológicos, assim como o desenvolvimento de novas estratégias para salvar vidas.

Uma UCI pressupõe um ambiente destinado ao atendimento de doentes graves em risco de vida e que necessitem de assistência médica e de enfermagem permanentes.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017, p.6), a Medicina Intensiva “é uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda são potencialmente reversíveis em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais...”.

As UCI deixaram gradualmente de serem exclusivamente de reanimação respiratória para passarem a unidades polivalentes. No que concerne ao tipo de doentes, são divididas em médicas, cirúrgicas e polivalentes.

Existem inúmeras definições de cuidados intensivos, em todas está implícito uma UCI dotada de um ambiente *sui-generis*, onde se podem integrar as mais sofisticadas intervenções de caráter técnico, médico e de enfermagem, cuja finalidade é combater doenças que colocam a vida em perigo. Segundo o Ministério da Saúde (2003, p.6), as UCI são os “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”.

Ainda, segundo a mesma fonte, as UCI dividem-se em polivalentes (pediátricas e de adultos) e monovalentes (coronários, cardiorácicos, queimados, neurocirúrgicas).

Apesar de ser diversa a terminologia utilizada para classificar as áreas onde se praticam cuidados intensivos, a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, citada pelo documento emitido pela Ordem dos Médicos em 2018, baseia-se nas técnicas utilizadas e as valências disponíveis na unidade hospitalar. Existem três níveis de assistência em cuidados intensivos:

- **Nível 1:** visam basicamente a monitorização não invasiva e um tratamento de curta duração. Pressupõe a capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades de nível superior. Também é designada de cuidados intermédios;
- **Nível 2:** capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo não proporcionar de modo permanente ou ocasional acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas, devendo garantir a sua articulação com unidades de nível superior;
- **Nível 3:** corresponde às UCI polivalentes, em que devem ter, preferencialmente, quadros próprios e equipas médica e enfermagem funcionalmente dedicadas, ter assistência médica qualificada, pressupondo a possibilidade de meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários. Devem também dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade, bem como ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

Nos hospitais portugueses a designação de UCI refere-se exclusivamente às unidades de nível 3. Assim, ao longo desta dissertação é esta a classificação utilizada e o termo UCI refere-se às unidades de nível 3.

No primeiro contato, as UCI podem transmitir um ambiente hostil, quer para a PSC, quer para a família, pois caracteriza-se por um “...espaço fechado e complexo, tecnológico, com a

permanência de pacientes em estado de saúde crítica e com grande risco de vida, onde o prognóstico é na grande maioria reservado” (Fontes & Ferreira, 2009, p.34).

A UCI é caracterizada por um ambiente em que podem surgir situações de emergência, cujos doentes estão sujeitos a mudanças repentinas do seu estado geral, em que estão rodeados por vários profissionais, atividades diversas e constantes, luzes, ruídos, equipamentos, alarmes.

A alta rotatividade dos doentes, o contacto frequente com a morte, a dificuldade em comunicar diretamente com os doentes, os dilemas morais e éticos relativos ao cuidado, o elevado envolvimento da e com a família do doente são algumas particularidades que caracterizam estas unidades (Atkinson, 2009).

Camponogara, Santos, & Seiffert (2011, p.125) considera a UCI “um ambiente de profissionais qualificados, com alto aparato tecnológico e assistência contínua. O ambiente da UCI transparece gravidade, invasividade e risco de morte, além de aparentar ser hostil, negativo e distante”.

Estas unidades caracterizam-se também pela iluminação artificial, ar condicionado, equipamentos altamente sofisticados, com ruídos sonoros monótonos provenientes dos alarmes que desgasta e contribui para o aumento da ansiedade e do medo do doente e também dos seus familiares. Carpenter (2003) considera que perante este ambiente devem ser considerados determinados requisitos de forma a minimizar os efeitos no doente e na sua família, como:

- Acesso a luz natural, de modo a acompanhar o ciclo do dia e da noite;
- Visualização de plantas, para suavizar o ambiente;
- Usar tons claros nas paredes e mobiliário;
- Presença de calendários e relógios de parede, para ajudar na orientação tempo-espacial;
- Iluminação individualizada e regulável;
- Existência de televisões e rádios, para utilização personalizada;
- Cadeira para as visitas;
- Painel informativo.

Para as autoras Leite & Vila (2005) todo o ambiente que envolve uma UCI por ser instável, pode gerar *stress* e agitação, tornando o internamento nestas unidades numa experiência dolorosa para a família, uma vez que existe a possibilidade de perda e a UCI tem um significado cultural muito pesado, pois geralmente está associado à morte. Louro (2017, p 55) refere que “As impressões causadas na pessoa que se depara com um ambiente que lhe é desconhecido, estranho e por vezes hostil, podem ser determinantes no percurso da pessoa doente/ família”. Também Castro et al (2011) constataam que a PSC internada numa UCI apresenta sentimentos de terror e ansiedade, associados à morte, à incapacidade de distinguir o tempo, o local e a família e à dificuldade em comunicar. A dor e o sofrimento físico foram relatados como bastante experienciados.

Não é uma tarefa fácil desmistificar todo este ambiente que envolve uma UCI, mas é uma tarefa compensadora pois permite contribuir para uma melhor aceitação da família e fornecer uma nova perspetiva de vida (P. Oliveira, 2011).

A PSC é, pois, aquela em que a vida está em risco e a sua sobrevivência depende de tecnologia, vigilância, monitorização e terapêutica existente numa UCI.

1.1- A pessoa em situação crítica

As pessoas internadas na UCI são doentes críticos e estão sujeitos a uma monitorização contínua das suas funções orgânicas e submetidas a cuidados altamente complexos e diferenciados, com o objetivo de restabelecer o estado de saúde e permitir a sua sobrevivência. É um ambiente de alterações súbitas no estado geral do doente.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho de 2018 (p.19362), entende-se por pessoa em situação crítica aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

O internamento em UCI é vocacionado para doentes em risco de vida, sendo um período transitório, integrado num processo de tratamento e recuperação (Ministério da Saúde, 2013).

A pessoa em situação crítica internada numa UCI sofre um processo de “separação do mundo”, onde ocorrem mudanças significativas nos seus hábitos de vida, principalmente de higiene, alimentação, eliminação, sono e repouso, de afeto, de convivência familiar e nos aspetos relacionados com a interação social (Lemos & Rossi, 2002).

Segundo os mesmos autores, este isolamento social pode levar a que a pessoa em situação crítica se exclua, retire, ou se distancie emocionalmente quando se vê rodeada de pessoas ativas e ocupadas, uma vez que dispõe de poucos recursos para minimizar a sensação de isolamento.

Deste modo, a pessoa em situação crítica internada numa UCI pode desenvolver sentimentos de incapacidade, dependência, insegurança, ansiedade e sensação de perda de si mesma. Os doentes enfrentam a sua hospitalização com fator de despersonalização pois reconhecem a dificuldade em manter a sua identidade, intimidade e privacidade (Pupulim & Sawada, 2002). Para Faria, Pontífice-Sousa & Gomes (2018, p.491) “A hospitalização do doente crítico é um processo revestido de experiências frágeis, dada a exposição aos elementos de *stress* e ameaças (integridade corporal, vergonha, dor, cansaço, separação, dependência e outras privações) ”.

Como já foi referido, uma UCI está envolvida num enorme aparato tecnológico, de isolamento exterior o que pode desenvolver na pessoa em situação crítica ansiedade devido a fatores como a ameaça de desamparo, perda de controlo, sensação de perda de função e de autoestima, isolamento e até mesmo medo da morte (Lemos & Rossi, 2002, P. Oliveira, 2011). Todos estes fatores podem desencadear *stress* na pessoa internada.

Smith-Blair (2010) acrescenta ainda os seguintes fatores que desencadeiam *stress*: o ambiente desconhecido; os níveis de ruído; a privação/sobrecarga sensoriais; a interrupção dos ciclos de sono/vigília; a falta de privacidade; a falta de informações ou de compreensão sobre o diagnóstico, plano de cuidados e procedimentos; a comunicação relacionada com a entubação; a observação de intervenções na crise de outras pessoas internadas; o medo da morte e a dor.

No entanto, existem alternativas, para os profissionais de saúde, de forma a minimizar os fatores que desencadeiam *stress* na pessoa internada, como diminuir a intensidade da luz e ruído noturnos, restringir os procedimentos terapêuticos ao indispensável, alterar os alarmes dos monitores de acordo com os valores limite de cada doente. Quanto à barreira da comunicação relacionada com o facto do doente se encontrar entubado, é possível encontrar meios alternativos à comunicação verbal, como, por exemplo, usar figuras com imagens, frases “tipo”, combinar gestos e sons (Almeida & Ribeiro, 2008).

O objetivo dos profissionais que trabalham numa UCI é proporcionar práticas clínicas contínuas e de elevada qualidade à pessoa em situação crítica, tendo em conta as suas necessidades (P. Oliveira, 2011). Contudo, por mais desafiante que seja cuidar da PSC, não se pode esquecer que o doente não é um ser único e individual, por isso, o enfermeiro deve incluir a família no seu plano de intervenção, de uma forma holística.

1.2- A família da pessoa em situação crítica

A Declaração Universal dos Direitos do Homem e a Constituição da República Portuguesa reconhecem que a família constitui uma célula fundamental de valor inalienável para a sociedade.

No entanto, o termo família foi-se alterando ao longo dos anos. Burgess & Locke (1953) foram os primeiros teóricos da ciência social da família e, referenciado por Hanson (2005, p.6), definem família como um “grupo de pessoas unidas por laços de matrimónio, sangue ou adoção, constituindo um único lar; interagindo e comunicando uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã, criando e mantendo uma cultura comum”.

É a partir dos anos 80 que o termo família foi alargado para além dos aspetos legais e de consanguinidade. Assim, Hanson (2005, p.6) considera a família como um conjunto de “dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico”.

O *International Council of Nurses (ICN)*, para além de assumir a família como alvo de diagnósticos e intervenções, designa-a “por uma unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.115).

Já Fontes & Ferreira (2009, p.34) alegam que “o termo família ou familiares representam todos aqueles que fazem parte do círculo afetivo do doente”.

Atualmente, a família não é constituída exclusivamente pelas tradicionais famílias nucleares, é alargada a uma diversidade de famílias, como as monoparentais, homossexuais e que podem ser tipificadas pela sua estrutura, pelos laços afetivos, pelos aspetos legais. Por isso, é importante

identificar, reconhecer e aceitar a unidade familiar com ela própria se define, dando importância aos laços afetivos, o que pode ou não enquadrar-se na visão convencional da família (Kaakine, Coehlo, & Steele, 2010; Whyte, 1997).

Em contexto de cuidados intensivos, Norton (2007, p.27), designa família como sendo “as pessoas cuja homeostase social e bem-estar são alterados pela entrada do paciente na arena da doença ou lesão grave”.

Existem inúmeras definições de família; ao longo desta dissertação serão considerados familiares da pessoa em situação crítica as pessoas significativas para o doente, as que se preocupam com ele, quer estejam ligadas por traços biológicos ou não.

Perante uma situação de doença, sobretudo quando se trata de uma situação crítica, toda a estrutura familiar é alterada.

O internamento numa UCI é uma situação inesperada que envolve repercussões não só a nível individual, mas também familiar (Borges, 2015). É um factor que desencadeia stress e ansiedade e cuja estrutura familiar é ameaçada provocando alterações drásticas a nível familiar, psicológico e económico, entre outros. Perante um momento de internamento hospitalar e concretamente em UCI, as famílias vivenciam situações de adversidade, conflito, dúvidas, angústia e crise (Walsh, 2003).

O mesmo autor afirma que todas as famílias têm potencial para recuperar de situações de crise, podendo ser otimizado pela identificação e criação de forças chave, assim como pelo recrutamento de recursos dentro da família. Esta orientação fundamenta a necessidade de serem identificados, durante o internamento, os elementos familiares significativos para o processo de adaptação familiar.

Quando surge uma situação de doença, não é unicamente a pessoa doente que fica vulnerável física e psicologicamente, mas também a sua família. Pode-se considerar que a família é um pilar essencial no que se refere ao processo saúde/doença da pessoa internada em cuidados intensivos. Durante toda a fase de internamento é imposta uma súbita e inesperada separação que conduz inevitavelmente a uma rutura na rede familiar. Pela situação crítica e pelo receio do desconhecido surgem medos, aflições, ansiedade, sentimentos de culpa, perda e preocupação com a morte. Sentimentos de ansiedade, angústia, tristeza, medo, perda, impotência, dor... estão bem patentes no estudo desenvolvido por Almeida, Santos, & Oliveira, (2009) com familiares de

doentes internados numa UCI. Os familiares sofrem pelo sentimento de impotência perante o quadro clínico de seu familiar (Nascimento, Maciel, & Lemes, 2015).

A Ordem dos Enfermeiros (2015, p.51) define crise familiar como um, “desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família (...) dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz”.

Para Diaz (2014), a família, perante uma situação de crise, apresenta duas formas de agir: a negação e a revolta face à mesma. Perante isto, conseguir perceber a situação de crise vivenciada pela pessoa em situação crítica, assim como da sua família, constituem um verdadeiro desafio para a prestação dos cuidados de Enfermagem.

Para Verhaeghe, Defloor, & Zuurer (2005), durante o período de internamento do seu familiar, as famílias passam por quatro fases:

- **Período de flutuação:** que consiste na espera ansiosa, onde são vividos sentimentos de stress, confusão, medo, ansiedade e preocupação. Nesta fase os familiares não têm consciência das suas necessidades, nem das necessidades do doente.
- **Período de busca de informação:** em que os familiares já se tornam mais ativos, procuram compreender o que está a acontecer, questionando os profissionais de saúde.
- **Período de acompanhamento de cuidados:** nesta fase os familiares estão abertos ao processo de evolução do doente, assim como à qualidade dos cuidados prestados pela equipa de saúde.
- **Período de busca de recursos:** os familiares procuram meios para atender as suas necessidades e as do doente, quer sejam físicas ou psicológicas, através de suporte social, privacidade e fé.

O mesmo autor defende que é importante conhecer estas fases, pois através delas é possível intervir de uma forma mais eficaz e contribuir para uma melhor aceitação de todo o processo de internamento.

O tempo que os enfermeiros de cuidados intensivos dedicam à família é, por vezes, limitado, devido às necessidades fisiológicas e psicossociais do doente. Por isso, é crucial que toda a interação com a família seja o mais produtivo e terapêutico possível (Norton, 2007). Segundo o mesmo autor, iniciar intervenções de enfermagem e estabelecer um relacionamento efetivo com a família tem tendência a ser mais fácil em momentos de crise. As pessoas em crise estão muito recetivas aqueles que demonstram interesse, atenção e empatia.

A evidência científica atual comprova que a presença de familiares transmite à pessoa internada sentimentos de tranquilidade, relaxamento e segurança que, por conseguinte, minimizam a ansiedade e o stress vivenciados por todo o ambiente que envolve uma UCI. Muitas pessoas internadas em cuidados intensivos referem que sentiram um reforço positivo após o contacto com a família, o que os motivou na manutenção da luta pela vida, incentivando-os a ultrapassar as dificuldades impostas pela doença (Saveman, 2010).

Assim, é primordial que a família constitua um foco da atenção dos enfermeiros, um foco do cuidar tão importante como o da pessoa em situação crítica, o que corrobora a indicação da Ordem dos Enfermeiros (2002) quando reconhece que as intervenções de Enfermagem são otimizadas se o alvo dos cuidados for a unidade familiar. Também Mendes (2015,p.13) considera que “a família torna-se cliente de enfermagem pela vivência de um processo de transição saúde/doença, de um dos seus membros”, o que enfatiza o facto de os enfermeiros quando cuidam da PSC também estão a cuidar da sua família e vice-versa. Deste modo, torna-se crucial a integração da família como “sujeito ativo no processo de cuidados e uma extensão do doente crítico” (Oliveira & Nunes, 2014, p.962).

A família é quem melhor conhece a pessoa em situação crítica, os seus hábitos, os seus costumes, os seus medos, constituindo assim um elo imprescindível entre o enfermeiro e a pessoa doente. A família é uma extensão do doente e cuidar dele pressupõe cuidar dos seus entes queridos, isto é, o doente “não pode ser visto meramente como um diagnóstico, mas sim como uma pessoa que tem uma família e entes queridos, os quais possuem necessidades da mesma maneira que ele” (Morton, Gallo, & Hudax, 2007).

O internamento da pessoa em situação crítica constitui um acontecimento marcante na vida da pessoa e da sua família. Uma vez que a família é parte integrante dos cuidados, a intervenção do enfermeiro deve focar-se na satisfação das suas necessidades, angústias e inquietações, através de um acolhimento personalizado, que dignifique e qualifique os cuidados prestados. Os cuidados

de Enfermagem à família são o desenvolvimento lógico de uma abordagem holística dos cuidados (Ordem dos enfermeiros, 2002).

No entanto, para prestar um correto apoio às famílias, é fundamental compreender as necessidades socio-emocionais dos membros envolvidos, assim como da sua rede de apoio (Nascimento et al, 2015). Os enfermeiros encontram-se numa posição favorável para conhecer, identificar e, por conseguinte satisfazer as necessidades da família.

A palavra necessidade deriva do latim *necessitate* e encontra-se descrita no dicionário da língua portuguesa como “o que se precisa mesmo, o que é indispensável ou imprescindível”.

As situações de crise e desequilíbrio desencadeiam no ser humano necessidades que se manifestam em estados de tensão conscientes ou inconscientes, o que leva a que o ser humano procure satisfazer essas necessidades de forma a encontrar o equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço (Freitas, 2005).

Para Maslow (2004, p.32), as necessidades são “forças conscientes que levam um indivíduo a determinado comportamento”. Segundo o mesmo autor as necessidades da pessoa são descritas sob a forma de uma pirâmide hierarquizada. As necessidades fisiológicas estão na base da pirâmide e são consideradas básicas para todas as pessoas, seguidas das necessidades de segurança, as necessidades de amor e relacionamento, as necessidades de estima e auto-respeito e as necessidades de realização pessoal e auto-conhecimento.

Waidman & Elsen (2004), consideram que apesar de existirem necessidades comuns a todas as pessoas, existem particularidades individuais que estão relacionadas com a própria fisiologia, o ambiente, assim como o aspeto cultural de cada ser humano/família. Assim, as necessidades das famílias estão relacionadas com o momento do ciclo de vida que estão a passar e que a maneira como valorizam as suas necessidades estão diretamente relacionadas com a sua etnia e cultura. Os enfermeiros devem estar despertos para este aspeto e devem agir de forma personalizada com cada família.

Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para conhecer os familiares e identificar as suas necessidades. No entanto, e segundo Henderson (2007, p.8), um enfermeiro “...por muito que saiba , ou por muito que se esforce, nunca poderá compreender totalmente ou proporcionar tudo o que a outra pessoa necessita para o seu bem-estar”. Como defende a mesma autora, os

cuidados de enfermagem são centrados na pessoa, de forma a ajudá-la a tornar-se independente na satisfação das suas necessidades.

Devido à importância em determinar e identificar as necessidades dos familiares das pessoas em situação crítica, vários investigadores começaram a estudar esta problemática.

O primeiro estudo nesta área foi publicado em 1979 pela enfermeira norte americana Nancy Molter. Este estudo, de carácter descritivo, propôs identificar as necessidades percebidas pelos familiares da PSC e o seu grau de importância. O questionário, construído pela própria autora, era constituído por 45 itens de necessidades.

Em 1986, a enfermeira Jane Leske aplicou o questionário de Molter, após reorganizar os diferentes itens das necessidades. Este questionário foi denominado de *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI), constituído pelas mesmas 45 necessidades.

Os estudos de Molter e Leske demonstraram que a necessidade considerada mais importante para os familiares foi “sentir esperança”.

O CCFNI tem sido utilizado, até aos dias de hoje, nos estudos que envolvem as necessidades dos familiares, quer na sua forma original ou adaptados para diferentes idiomas (Freitas, 2005).

Num estudo realizado por Millar (1989), este identificou seis necessidades por ordem de importância: necessidade de reduzir a ansiedade, necessidade de informação, necessidade de estar próximo do doente, necessidades pessoais, necessidade de apoio e necessidade de ser útil.

Freitas, Kimura, & Ferreira (2007) realizaram uma investigação que pretendia analisar e comparar as necessidades dos familiares da pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos entre um hospital público e privado e verificaram que as necessidades consideradas mais importantes foram a informação, segurança e proximidade. Constataram ainda que as necessidades menos importantes foram as relacionadas com o suporte e o conforto.

Também A. Silva (2012) no seu estudo sobre as necessidades dos familiares verificou que estes consideram a informação relativa ao processo de doença como uma necessidade importante, assim como a confiança/disponibilidade da equipa, na partilha de sentimentos, no estar presente. Também dão relevância às necessidades relacionadas com os cuidados, com o espaço físico, os recursos financeiros e procedimentos relativos à visita familiar.

Em todos os estudos realizados, quer por Morgon & Guirardelo (2004), Corte-Real (2007), Maruiti & Galdeano (2007), Pias (2008), Martin, Sousa, & Baptista (2014) levaram a concluir que os familiares consideram mais importante a obtenção de informação clínica clara e concisa sobre o estado clínico do seu familiar. Também são identificadas outras necessidades que se relacionam com a dificuldade na comunicação, a participação na prestação de cuidados de acordo com as normas e rotinas do serviço, nomeadamente no que concerne às visitas.

Munyiginga & Brysiewicz (2014), no seu estudo em Ruanda, concluíram que a necessidade considerada mais importante para os familiares foi a de segurança, seguida de conforto, informação, proximidade e, por fim, necessidade de suporte. Defendem que os enfermeiros devem estar atentos às necessidades dos familiares e que o reconhecimento dessas necessidades exigem uma mudança na forma como as UCI organizam o atendimento aos pacientes.

Na investigação realizada por Baião (2017), constatou-se que as necessidades que os familiares consideram mais importantes estão relacionadas com a informação (ter conhecimento sobre o estado do seu familiar, receber informações que a família compreenda, falar diariamente com o médico). A mesma autora também refere que os familiares consideram importante visitar com frequência o seu familiar assim como ter um horário de visitas flexível.

Loureiro (2011) e Campos (2014) consideram que todos os estudos desenvolvidos nesta temática identificaram um conjunto de cinco áreas fundamentais, nas quais se identificam as necessidades da família: informação, segurança, proximidade, suporte e conforto. Os enfermeiros têm um papel fundamental na satisfação dessas necessidades.

Estudos mais recentes desenvolvidos por Lentsck, Santos, & Baratieri, no Brasil em 2019, enfatiza que os familiares dão mais importância a necessidades que estão relacionadas com a segurança e menos importância às necessidades referentes ao conforto. Já Batista, Monteschio & Godoy (2019) salientam na sua investigação que as necessidades mais importantes são a informação e a segurança. Alsharari (2019) constatou, no seu estudo num Hospital da Arábia Saudita, que a necessidade considerada mais importante para os familiares foi a segurança, seguida de informação, proximidade, conforto e, por último a necessidade de suporte. Concluiu ainda que um maior nível educacional foi significativamente associado a um maior nível de necessidade de segurança, informação e proximidade. Sugere que se desenvolva uma comunicação eficaz de modo a proporcionar o melhor atendimento e apoio possíveis aos familiares da PSC.

A necessidade de informação é, conforme já foi referenciado, uma das necessidades mais importantes para a família e que reflete o objetivo da família em compreender a condição da pessoa em situação crítica, o seu diagnóstico, prognóstico, quais os tratamentos a serem realizados, assim como o ambiente que o rodeia.

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015, p. 73) do artigo 84º nas alíneas a) e c), é função do enfermeiro “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” e “atender com reponsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de Enfermagem”.

A informação é um direito e está consagrado na Carta dos deveres e direitos dos doentes, publicado pela Direção Geral de Saúde (DGS), onde no ponto 6 refere que o “doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde. Esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente”. Para Zussemam (1992) o direito de informação não é exclusivo do doente, também abrange a família e, durante o internamento, a família passa a ser portadora dos direitos do doente.

Para Maxwell, Stuenkel, & Saylor (2007) o facto de se fornecer informações facilita a tomada de decisão e acompanhamento da PSC, reduzindo a ansiedade levando assim a uma maior sensação de controlo. Knobel, Andreoli, & Erlichman (2008) acrescentam ainda que a falta de informação e a incerteza da família perante o quadro clínico do seu familiar são propícios a gerar ansiedade, apreensão e aflição, levando a uma falta de controlo da situação. É assim primordial que a família esteja informada acerca de tudo o que se passa com o seu familiar. Segundo o autor supracitado, a informação objetiva, honesta e frequente é a necessidade mais importante para a família.

A falta de uma comunicação efetiva pode desencadear sentimentos de preocupação, ansiedade, frustração, raiva, medo e tristeza. Assim, de forma a minimizar todo este sofrimento da família é importante transmitir informação clara, oportuna e concisa (Alvarez & Kirby, 2006).

A necessidade de segurança também é considerada importante para os familiares e está diretamente relacionada com as informações obtidas, uma vez que para se sentir segura a família sente necessidade de estar informada. O facto de obter respostas sinceras às suas perguntas, de ser informada diariamente sobre o estado de saúde do seu familiar e receber informações claras que possam ser percebidas são aspetos considerados importantes para a segurança dos familiares (Knobel et al, 2008).

Outra necessidade considerada importante para a família é a necessidade de proximidade. Todo o ambiente que envolve uma UCI, devido à sua complexidade e às características físicas e tecnológicas, pode constituir uma ameaça à família uma vez que pode criar ruturas e alteração no quotidiano familiar (Bettinelli & Erdmann, 2009). A família sente necessidade de estar próxima do seu familiar, de o visitar com regularidade. Esta proximidade proporciona à família sentimentos de segurança, proteção e conforto (Velez, 2002).

Segundo Campos (2014) as necessidades de suporte e conforto são consideradas para a família como menos importantes.

A necessidade de conforto está relacionada com as condições físicas da própria UCI e da sala de espera. Curry (1995) defende que as UCI devem ter instalações que satisfaçam as necessidades da família, ou seja uma sala de visitas perto da unidade, permitindo que o familiar esteja perto do doente sem ter que estar junto à sua cabeceira. A sala de visitas deve ser um local de privacidade, envolto numa ambiente calmo para que possa permitir aos familiares terem um momento de oração.

Quanto à necessidade de suporte, Maxwell et al (2007), defendem que os familiares precisam de compreensão, respeito e suporte emocional de forma a diminuir o stress causado pelo internamento, opinião partilhada por Phaneuf (2005) e Cabete, Matos, & Patrica (2019) que consideram que o suporte psicológico ajuda a minimizar a ansiedade, o stress e o medo. Atkinson (2009) salienta a importância do papel da assistente social para ajudar as famílias no decorrer do internamento e que os enfermeiros deveriam ser capazes de recomendar o apoio do serviço social.

Uma das especificidades do internamento numa UCI é a de que a maioria das admissões não são planeadas, por isso, a maior parte dos doentes e família não são preparados para essa experiência dolorosa (Plowright, 1996).

Ao longo do internamento numa UCI a família pode sentir emoções positivas que estão relacionadas com a esperança do seu familiar melhorar o estado de saúde, assim como vivenciar emoções negativas, com receio de perder o seu ente querido. Este misto de emoções e incertezas pode despolotar na família uma sensação de impotência e incapacidade para ajudar o seu familiar em situação crítica, pelo que é deveras importante que os profissionais de saúde prestem um apoio emocional adequado à família de forma a contribuir para o seu bem estar (Llamas-Sánchez, Córdon, & Mosquera, 2009).

Conhecer as necessidades dos familiares da PSC é uma parte essencial dos cuidados dos profissionais de saúde para se poderem prestar cuidados holísticos ao doente e sua família.

Vários autores, como Gottardo & Silva (2005), Martins, Geremias, & Scheitzen (2008), Urden et al (2008), Silva (2010), Frizon, Nascimento, & Bertoncello (2011), Maestri (2012), Louro (2014), são da opinião que o momento adequado para o levantamento das necessidades do familiar é no acolhimento, ou seja, na primeira visita à UCI.

E. Oliveira (2012, p.33) afirma que “a primeira visita é muito importante para os familiares sendo nesta que vão tirar as primeiras impressões e é quando se encontram mais confusos e necessitam de todo o apoio e compreensão, pois o seu estado de ansiedade pode provocar os piores comportamentos”.

É na primeira visita que as necessidades da família são previsíveis e em que o impacto visual é considerado um dos maiores fatores de *stress* (Baião, 2017). Por isso, o enfermeiro deverá orientar as suas intervenções com o objetivo de minimizar o *stress*, ansiedade e o medo do familiar. Deve centrar a sua atenção na promoção do conforto, na familiarização com o ambiente e equipamento, na comunicação acerca da situação do doente, bem como explicar quais os procedimentos. É da competência do enfermeiro realizar um acolhimento adequado à família de modo a gerar confiança e tranquilidade através de uma atitude assertiva, serena e que transmita as informações necessárias acerca das regras e normas fundamentais da unidade e ainda que esclareça as dúvidas em relação ao serviço e à PSC.

Perante a complexidade que tão bem caracteriza uma UCI e o enorme impacto que esta gera à família da PSC, torna-se importante que no momento do acolhimento haja lugar a informação clara e suficiente, de forma a não prolongar a angústia da família, tentando criar um ambiente propício à confiança e empatia de modo a minimizar sentimentos de stress e ansiedade (A. Silva, 2019).

Para Martins et al (2008, p.1091-1092) o “acolhimento é entendido como proximidade, cuidar o outro como a si próprio e ser recetivo”. Referem ainda que “atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, a corresponsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro, o partilhar experiências são ingredientes básicos para efetivar o acolhimento”. Pelazza, Simoni,& Freitas (2015), no seu estudo refere o acolhimento à família como parte essencial no processo de humanização e que requer disponibilidade por parte dos profissionais de saúde para identificar e atender as necessidades da família.

É na relação estabelecida com os familiares, no momento em que é realizado o acolhimento, que permite ao enfermeiro identificar quais as necessidades da família. É importante que na primeira visita os profissionais de saúde preparem os familiares para o que vão enfrentar e vivenciar, informando-os sobre o que os espera e explicar qual a função e para que servem os equipamentos, alarmes e luzes. O facto dos familiares terem uma noção básica do funcionamento da UCI, pode levar a que seja desmistificado todo o ambiente que envolve a unidade, levando até a minimizar o fator medo.

É na primeira visita que os familiares têm tendência a formular opiniões acerca dos enfermeiros, assim o enfermeiro assume um papel importante desde o primeiro momento em que acolhem os familiares, de forma a que as primeiras impressões não sejam negativas. Como salientam Maruiti & Galdeano, 2007, p.38) “quanto mais cedo a interação enfermeiro/familiares ocorrer melhor será para a família e consequentemente para o paciente”. Também Borges (2015) sustenta que é necessário apoiar e cuidar da família, questionando-a sobre as suas dúvidas, observando os seus comportamentos e compreendendo as suas emoções.

A dinâmica relacional entre os profissionais de saúde e a família estabelece-se a partir do primeiro momento do internamento e constroi-se a partir dele, portanto é importante que os enfermeiros demonstrem disponibilidade para escutar, dialogar e esclarecer dúvidas de forma a potenciar o desenvolvimento de uma interação positiva (Silveira, Lunardi, & Filho, 2005).

Passos, Silva, & Santana (2015) salientam que o acolhimento deve consistir numa prática efetiva na UCI, é um processo complexo em que tem que existir disponibilidade tanto da família como dos enfermeiros. É um processo contínuo, empático e de escuta cujo objetivo é atender as necessidades da família.

Espera-se que o enfermeiro aja de forma ética e deontologicamente sustentável, com o objetivo de promover um ambiente humanizador, que permita “atender com cortesia e acolher com simpatia” (Ordem dos enfermeiros, 2005, p.141).

Com a finalidade de perceber e compreender melhor toda a vivência da família em UCI, assim como a intervenção dos enfermeiros, que visam contribuir para a adaptação da família à nova situação causada pelo estado saúde/doença da PSC, procurou-se desenvolver o conhecimento sobre os pressupostos da Teoria das Transições de Meleis, no próximo ponto desta dissertação.

1.3 – A família que vivencia uma transição saúde-doença (teoria de Meleis)

Perante um mundo em constante mudança, os seres humanos deparam-se com períodos de transição que podem, ou não, levar a uma capacidade de lidar com essas mudanças (Meleis, 2010).

Ao longo de todo o processo da evolução humana, a transição é inevitável, no entanto, essa transição pode não ser agradável ou até mesmo desejável.

As transições são resultado e resultam em modificações na vida, na saúde, nas relações e ambientes das pessoas (Meleis, Sawyen, & Im, 2010).

A palavra transição deriva do latim *transire* e que significa atravessar. O primeiro significado atribuído a transição está no *Webster's Third International Dictionary*, que a define como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” (Meleis, 2010, p.25).

O conceito transição tem sido utilizado de variadas formas na literatura de enfermagem. No entanto, a definição mais comum é a de Chick & Meleis (1986, p.239-240), que a consideram como “a passagem de uma fase de vida, condição ou *status* para outra... refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente”.

Para Meleis (2010), as transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças em indivíduos ou ambientes. A transição remete para uma mudança significativa na vida da pessoa, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que pode levar a uma mudança de comportamentos. Os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa, influenciando assim o resultado das mesmas.

As transições são experiências subjetivas e diferentes de pessoa para pessoa, embora existam características comuns a todos os tipos de transição. Uma característica é a de que uma transição é sempre um processo; outra característica importante da transição está relacionada com a ruptura associada à disrupção das ligações das quais dependiam os sentimentos.

Meleis e os seus colaboradores desenvolveram uma teoria de médio alcance em torno das transições para o contexto da enfermagem e que se focam em fenómenos ou conceitos específicos e refletem mais concretamente a prática (Meleis, 2007). O objetivo desta teoria é a de proporcionar uma visão mais compreensiva das transições, facilitando linhas orientadoras e coerentes para a prática de enfermagem.

A Teoria de Meleis propõe como conceito central as transições que as pessoas vivem face aos acontecimentos de vida. É uma estrutura teórica que contempla três domínios distintos: a natureza da transição, as condições facilitadoras e dificultadoras da transição, os padrões de resposta comuns das pessoas face à transição e a assistência de Enfermagem tornando-a acessível aos profissionais (Meleis, Sawyer, & Im, 2000). Estes conceitos estão representados na figura 1 para uma melhor compreensão da Teoria.

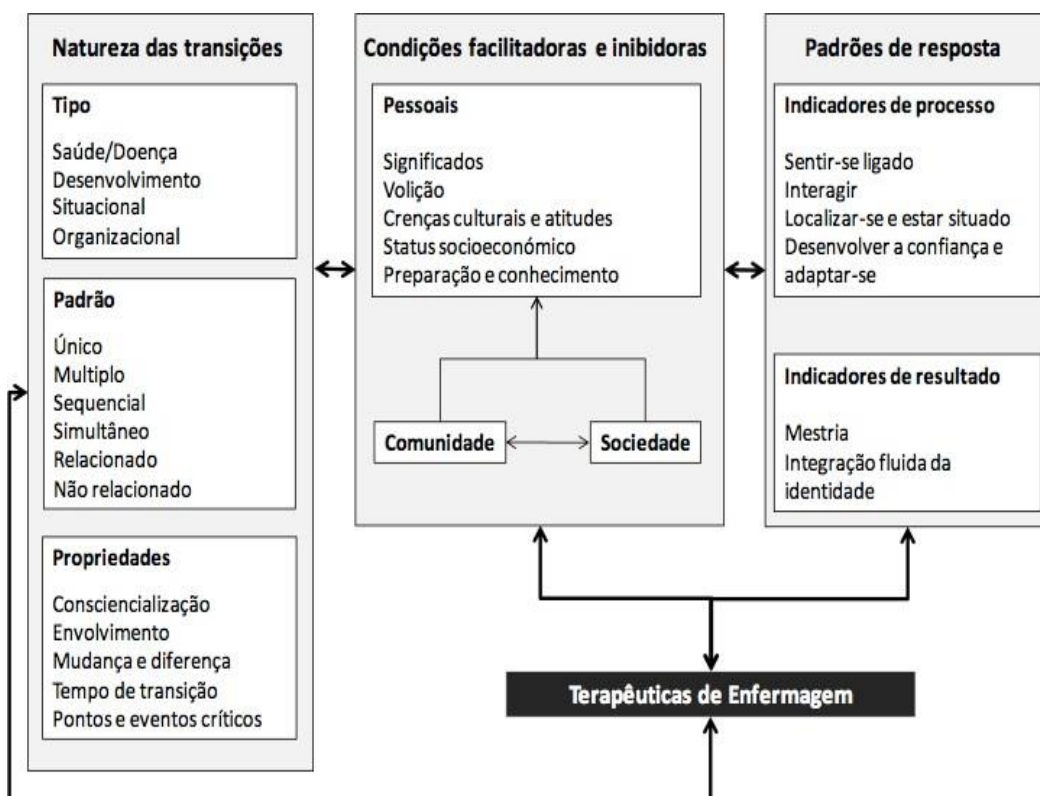


Figura 1: Teoria das Transições de Meleis, 2010 (adaptado)

Os principais componentes da teoria de Meleis são o processo, a consciência, a percepção, a desconexão, os padrões de resposta e os resultados de saúde.

A natureza das transições é dinâmica, com um começo e um fim, cujo processo é contínuo e podem ocorrer vários tipos de transição simultaneamente (Meleis, 2010).

Segundo a mesma autora existem quatro tipos de transições e são classificadas como: de desenvolvimento (quando agregadas a mudanças no ciclo vital), situacionais (quando associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis); de saúde/doença (quando ocorrem

mudanças de bem-estar para um estado de doença) e as organizacionais (quando representam transições no ambiente, podendo ter sido desencadeadas por mudanças sociais, políticas, económicas ou mudanças na estrutura ou dinâmica intraorganizacional).

Concretamente a transição saúde/doença está relacionada com uma mudança súbita da condição de saúde, com um agravamento do estado da condição de saúde. Meleis (2010) refere que a transição saúde/doença implica a passagem de um estado estável para um outro instável, induzido pela mudança no estado de saúde, traduzindo uma alteração da definição de bem-estar da pessoa.

As alterações no estado de saúde são acontecimentos de vida que originam, na maioria das vezes, mudanças desencadeadoras de experiência de transição.

As situações de doença são experiências de vida subjetivas mas, na sua globalidade, foram descritas por Meleis et al (2000) como sendo transições passíveis de tornar vulneráveis as pessoas, uma vez que podem não saber agir perante uma situação nova e que estão a viver pela primeira vez, e o facto de não saberem lidar com um novo acontecimento, podem levá-las a sentirem-se inseguras e incapazes de encarar a nova situação.

A pessoa para estar em transição tem que estar consciente das mudanças que estão a surgir e, durante todo o processo de transição, podem surgir determinados padrões de resposta que podem ser de desorientação, mudanças no autoconceito, angústia, mudanças no papel que desempenha, irritabilidade, mudanças na autoestima, ansiedade e depressão.

Como já foi referido anteriormente, um internamento em UCI constitui um evento inesperado que envolve e altera toda a estrutura familiar.

O vivenciar um internamento de um familiar constitui um processo de transição uma vez que se deparam com uma situação de saúde/doença que influencia toda a estrutura familiar, levando a um conjunto de mudanças na situação de vida. Hanson (2005, p.295) refere que a “doença ou lesão que requeira a hospitalização de um ente querido tem sido designada por um acontecimento não normativo de tensão para as famílias, isto é, um evento inesperado e imprevisível... No caso da doença ou lesão, as rotinas de casa ficam interrompidas e alguns membros da família podem ter de assumir responsabilidades que nunca tiveram”. Isto leva a que os familiares estejam perante um processo de transição, uma vez que a realidade do quotidiano da família é alterada e em que há a falta de um dos elementos que assumia determinados papéis no seio familiar, levando a

necessidade de reorganização e estabelecimento de estratégias-de modo a ultrapassar a situação que estão a viver.

Lancaster & Stanhope (1999, p.57) defendem que “as transições são uma passagem de um estágio ou situação para outro, são momentos de risco potencial para as famílias. As transições representam novas situações e exigências para as famílias. Estas experiências requerem muitas vezes que as famílias mudem comportamentos, organizações e padrões de comunicação, temem novas decisões, redistribuam papéis familiares, aprendam novas competências, identificam e aprendam a usar novos recursos. As exigências que as transições acarretam para as famílias têm implicações para a saúde da unidade familiar e para os membros individuais da família e podem ser consideradas como riscos relacionados com acontecimentos da vida”.

Os enfermeiros, em contexto de internamento, estão em contacto permanente com pessoas que vivenciam transições saúde/doença, encontrando-se assim numa posição privilegiada para facilitar todo esse processo de uma forma mais saudável, ajudando-os a desenvolver estratégias para ultrapassar ou aprender a viver essas transições. Na sua prática diária o enfermeiro procura estabelecer laços de proximidade com o doente e a família, que lhe irão facilitar a identificar os fenómenos e delinear um conjunto de estratégias na resolução da transição vivenciada.

De acordo com Zagonel (1999), o enfermeiro desenvolve o cuidado transicional num duplo movimento, na medida em que os processos de transição geram alterações de saúde/doença e, por sua vez, estas levam às transições. O enfermeiro ao realizar os cuidados baseados num modelo de transição, está a contribuir para aumentar as possibilidades de ajuda à pessoa, não se focando unicamente na cura.

Meleis (2012) refere ainda que o enfermeiro tem a missão de apoiar, compreender e confortar a pessoa durante todo o processo de transição, respeitando os valores éticos, religiosos e culturais da pessoa, de forma a assegurar uma adequada adaptação e realizar a transição de uma forma saudável. Santos (2012) salienta que se os profissionais apoiarem os familiares durante o internamento do seu familiar, estão a ajudá-los a ultrapassar o processo de transição de uma maneira mais ténue e mais fácil.

O enfermeiro assume-se como um elo de ligação aos momentos de transição da vida e é detentor de um conjunto de habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, que lhe permite agir junto da pessoa e família com segurança, equidade e qualidade, tendo como base um cuidado holístico.

O grande desafio para os enfermeiros face à necessidade de suporte nos processos de transição é compreender o próprio processo de transição e implementar intervenções direcionadas para ajudar efetivamente as pessoas, com o objetivo de proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar (Petronilho, 2007). Para tal Santos et al. (2015) considera inevitável a adoção de uma verdadeira relação de ajuda, na qual o enfermeiro escuta o outro, ajuda-o a aceitar e a compreender as suas experiências e os significados que conferem ao seu percurso de transição.

Meleis (2012) acrescenta ainda que compreender o que desencadeia o processo de transição saúde/doença pode facilitar o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem adequadas. Salienta ainda que “são os enfermeiros quem facilitam o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença” (Meleis, 2010, p. 13)

As intervenções são definidas pelo ICN (2010, p.19) como “ações realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem com a finalidade de produzir um resultado”. É da responsabilidade do enfermeiro planear e providenciar intervenções necessárias e adequadas para ajudar a família no processo de mudança. Desta forma, está a valorizar a pessoa, uma vez que os cuidados prestados estão interligados com cada nível do desenvolvimento humano, favorecendo assim a maturidade e o crescimento, com a finalidade de atingir um maior equilíbrio e estabilidade (Meleis, 2010).

1.4- Revisão da literatura

A revisão da literatura é uma parte fundamental do processo de investigação, pois permite analisar, sintetizar e interpretar a investigação previamente realizada, através de revistas científicas, livros, atas de congressos, resumos, de acordo com o tema a ser investigado. Trata-se de uma análise bibliográfica detalhada sobre os trabalhos já publicados sobre o tema a ser estudado. (Bento, 2012).

Segundo o mesmo autor, uma revisão de literatura baseia-se essencialmente em quatro passos: identificar palavras-chave ou descritores, rever fontes secundárias, recolher fontes primárias e, por último, ler criticamente e resumir a literatura.

Para a presente dissertação foi consultada a base de dados B-On, Web of Science, a plataforma SciELO (Scientific Eletronic Library Online), o RCAAP (Agregação de repositórios universitários nacionais) e o Google Académico.

Os critérios de inclusão para a seleção do estudo foram: artigos publicados entre 2014 e 2020; artigos em texto integral nos idiomas de inglês, português ou espanhol; estudos realizados com doente em UCI de adultos e cujos participantes do estudo sejam familiares de referência, maiores de 18 anos, com família internada em UCI.

Foram utilizados os descritores em Ciências de Saúde: *necessities, family, intensive care unit e critically ill patient*. A pesquisa foi efetuada até ao final da primeira semana do mês de março de 2020, sem restrição em relação ao género de apresentação ou publicação.

Foram identificados 112 artigos; 80 artigos foram rejeitados pela leitura do resumo e 26 pela leitura integral. A rejeição dos artigos foi por não preencherem os critérios de inclusão definidos. Sintetizando, foram incluídos nesta revisão de literatura 6 artigos. De salientar que nenhum estudo foi realizado em Portugal.

Foram retirados dados de forma a obter informação sobre o local, períodos em que o estudo foi efetuado, objetivos do estudo, assim como os resultados obtidos, conforme o que está descrito na tabela 1.

Tabela 1- Síntese dos artigos incluídos na análise

N.º	Autor(es)/Ano/ País	Objetivos	Amostra	Metodologia	Resultados /Conclusões
1	Khahaila,R. 2014 Israel	Identificar intervenções de enfermagem relacionadas com as necessidades dos familiares dos pacientes da UCI		Revisão da literatura	Foram identificadas as seguintes necessidades: apoio, conforto, segurança, informação e proximidade, sendo a segurança, informação e proximidade as necessidades mais importantes.
2	Adams, J.A.;Anderson, R.A.;Docherty,S.L.; Tulsky, J.A; Steihauser, K.E.; Bailey, D.E. 2014 USA	Verificar, a partir das perspetivas dos familiares internados numa UCI, quais as estratégias específicas de comunicação e como utilizar essas estratégias.	32 Familiares de doentes internados numa UCI	Estudo qualitativo descritivo, prospetivo	Além da comunicação verbal, usar o contato visual e o toque, de modo a que o familiar sinta mais confiança no enfermeiro e nos cuidados de Enfermagem.
3	Pelazza, B.B; Simoni, R.C.M., Freitas, E.G.B., Silva, B.R., Silva, M.J.P 2015 Brasi	Conhecer as dúvidas dos familiares da PSC internada há mais de 24h e que foram manifestadas durante as visitas de enfermagem	115 Familiares de doentes internados numa UCI	Estudo qualitativo, transversal e prospetivo	Refere o acolhimento à família como parte essencial no processo de humanização e que requer disponibilidade por parte dos profissionais de saúde para identificar e atender as necessidades da família.

4	Adams, A.M.N, Mannix, T., Harrington, A. 2017 Austrália	Descrever como os enfermeiros que trabalham em UCI facilitam a comunicação com as famílias Identificar as barreiras na comunicação		Revisão da literatura	Esta revisão de literatura o autor concluiu que os enfermeiros necessitam de habilidades e conhecimentos específicos para comunicar eficazmente com a família.
5	Lentsck, M.H.; Santos, T.M., Baratieri, T, Pilger, C. Pitilin, E, P., Soares, L.G 2019 Brasil.	Analisar as necessidades dos familiares de pacientes internados com doença cardiovascular numa UCI	70 Familiares de doentes internados em UCI	Estudo qualitativo, transversal	Concluiu-se que os familiares dão mais importância a necessidades que estão relacionadas com a segurança e menos importância às necessidades referentes ao conforto.
6	Batista, V.C., Monteschio, L.V.C, Godoy, F.J., Góes,H.L.F, Matsuda, L.M, Marcon, S.S 2019 Brasil	Identificar as necessidades dos familiares de pessoas internadas em UCI	55 Familiares de doentes internados em UCI	Estudo descritivo, transversal	Conclui-se que as necessidades mais importantes foram as relacionadas com a informação e segurança.

O estudo desenvolvido por Rabia Khalaila (2014) concluiu que as necessidades dos familiares não foram atendidas. Os resultados deste estudo concluem que se devem adotar estratégias e informação proactivas através de folhetos, desenvolver programas de educação e estabelecer cuidados centrados na família de forma a aumentar o grau de satisfação dos familiares e, por conseguinte, diminuir sentimentos de ansiedade e depressão vivenciados pelos familiares.

Quanto ao estudo de Adams, Anderson, & Docherty (2014) diz-nos que a família para além de sentir necessidade de informação, também valoriza a arte de cuidar, assim como estabelecer uma relação empática e a capacidade do enfermeiro transmitir informações de forma a apoiar a esperança. Este estudo concluiu que a forma de comunicar e o tipo de relacionamento estabelecido entre o enfermeiro e a família influenciaram a forma como a família reagiu perante a situação de internamento e tomada de decisão. Os enfermeiros que conseguiram estabelecer uma relação com a família, demonstrando preocupação e fornecendo informações, foram capazes de apoiar a tomada de decisão, discutindo o prognóstico e as metas de atendimento. Ao invés se encontrarem um enfermeiro indiferente, desconetado com a família, estes demonstraram desconfiança, angústia perante esse profissional. Ao relacionarem-se com a família, os enfermeiros

utilizam estratégias para ajudar os familiares a lidar com a situação, a ter esperança, confiança e a prepararem-se para a morte do familiar e a tomar decisões.

Pelazza et al. (2015) refere que a família vive sentimentos de angústia, medo, solidão e que os profissionais de saúde não lhes dão a devida atenção. Os profissionais de saúde são elementos fundamentais para satisfazer as necessidades da família. Salientam que os enfermeiros concordam que devem prestar assistência à família e que dedicam parte do seu tempo ao doente, alegam sobrecarga de trabalho e falta de formação para lidar com a família. Diz-nos ainda que a comunicação é muito importante em todo o processo e que a equipa de enfermagem deve demonstrar sensibilidade à comunicação não-verbal, demonstrar capacidade de ouvir e utilizar uma linguagem clara e acessível, de forma a diminuir dúvidas e ansiedade.

Segundo os mesmos autores, é durante o horário das visitas que os enfermeiros devem fornecer informações e acolher a família, respondendo a questões relacionadas com os cuidados de enfermagem prestados ao seu familiar, de forma a minimizar dúvidas e ansiedades. De salvar que as dúvidas da família, para os mesmos autores, referem-se ao estado de saúde do doente, às condições médicas e aos cuidados prestados.

Na investigação de Lentsck et al (2019), foi aplicado o *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI), adaptado à população brasileira. Foi o primeiro estudo no Brasil a identificar as necessidades dos familiares de pessoas com doença cerebrovascular internada em UCI. Os mesmos autores salientam que os cuidados estão centrados no doente e o facto de incluir a família como parte do cuidar ainda é uma tarefa árdua e desafiadora para os enfermeiros.

Batista et al (2019), também aplicou o CCFNI a 55 familiares de pessoas internadas em UCI. Para estes autores o envolver a família no cuidado exige dos enfermeiros o adotar uma postura aberta para o diálogo e troca de conhecimentos. Salientam que a família não deve ser vista unicamente como recetor de informação, deve ser incluída em todo o processo de cuidar, minimizando assim sentimentos negativos. Sugerem mais estudos nesta área de modo a que se possa contribuir para um melhor planeamento das intervenções de enfermagem que visam um aprimorar a qualidade centrada no doente e família.

2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Uma UCI pressupõe um ambiente destinado ao atendimento de doentes graves, em risco de vida e que necessitem de assistência médica e de enfermagem permanentes. As pessoas internadas são doentes críticos e estão sujeitos a uma monitorização contínua das suas funções orgânicas e submetidos a cuidados altamente complexos e diferenciados, com o objetivo de restabelecer o estado de saúde e permitir a sua sobrevivência.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho de 2018 (p.19362), “os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

Segundo o mesmo regulamento, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, baseiam-se em três pontos fundamentais:

- Cuidar da pessoa, família, cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de repostas em tempo útil e adequadas.

Tendo em conta o tema desta dissertação, irá ser abordado o primeiro ponto em concreto, que é o de cuidar da pessoa e família.

Espera-se que os enfermeiros que exerçam funções numa UCI consigam integrar a tecnologia na arte do cuidar, que dominem os princípios científicos que fundamentem a sua utilização e que consigam identificar e satisfazer as necessidades de cuidado da PSC e também da sua família. Assim, segundo o regulamento supracitado, são estabelecidas as seguintes competências do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC:

- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Gerir de forma diferenciada a dor e o bem-estar da PSC e/ou falência orgânica;
- Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

Um dos grandes desafios para o enfermeiro de cuidados intensivos passa por gerir a prestação de cuidados à PSC e atender às necessidades da família. Conhecer as necessidades dos familiares da PSC é primordial para se poderem prestar cuidados holísticos ao doente e família pois, como referem Maruiti & Galdeano (2007), o cuidado holístico ao doente passa também por atender as necessidades dos familiares.

A informação é considerada para os familiares como a necessidade mais importante. A família sente necessidade de obter informação sobre a PSC, pois só assim pode fazer planos com conhecimento de causa ao invés de supor algo baseado em medos e angústias (Sheehy, 2001).

Para Zussman (1992) a família sente necessidade de ser informada e quando não é possível obter uma informação detalhada, basta uma simples explicação sobre os procedimentos básicos e horários para ajudar a manter a calma e diminuir o medo e ansiedade. Desta forma, a comunicação é a chave para uma informação útil que o enfermeiro fornece à família.

A comunicação é considerada, para vários autores, como uma função essencial no cuidar da PSC e sua família. Em saúde, a comunicação eficaz é aquela que é capaz de transmitir uma informação clara, objetiva e pertinente e que todas as dúvidas sejam esclarecidas. Esta comunicação estabelece-se tendo em conta a pessoa, o tempo e o objetivo de informação (Inaba, Silva, & Telles 2005). Também é entendida como um instrumento indispensável à prática de Enfermagem e um pré-requisito para o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro, o utente e a família (Phaneuf, 2005). É a essência dos cuidados de Enfermagem em qualquer área de intervenção, pelo que o uso de estratégias adequadas irá enriquecer a prestação de cuidados.

Trata-se de um instrumento deveras importante para a prática de Enfermagem e que deve ser desenvolvido pelo enfermeiro, seja qual for a sua área de intervenção. É através da comunicação

que o enfermeiro pode compreender a pessoa e sua família, identificando quais as suas necessidades e problemas, de forma a aplicar alternativas de ajuda e humanizar os cuidados prestados.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a comunicação é o “comportamento interativo: dar e receber informação, utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (ICN, 2011, p.45).

Para Phaneuf (2005, p. 23), “a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a aprender e a compreender as intenções, as opiniões e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela”.

Existem dois tipos de comunicação: a verbal e a não-verbal. A verbal refere-se às palavras expressas através da fala ou escrita e a não-verbal ocorre por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal (Silva, 1996).

Borges (2015, p.18) considera que “a linguagem não-verbal permite a expressão de sensações, emoções e sentimentos, a confirmação e reforço das palavras, bem como o estabelecimento e manutenção dos laços significativos com os outros”.

A comunicação é um processo dinâmico cuja finalidade é possibilitar ao enfermeiro, doente e família identificar as necessidades a serem atendidas (Carvalhido, 2014). A comunicação centrada no doente e na família contribui para promover a segurança do doente melhorando a qualidade dos cuidados prestados. (Yoo, Lim, & Shim, 2020). Segundo os mesmos autores, os enfermeiros precisam de aprender a comunicar verbal e não verbalmente. À medida que os enfermeiros desenvolvem empatia e habilidade de uma escuta ativa ao falar com a PSC e sua família, aumentam a qualidade do atendimento e desenvolvem habilidades de comunicação não-verbal como o contato visual e o toque (Yoo et al, 2020).

Para existir uma comunicação eficiente entre duas pessoas é necessário estabelecer um diálogo em que a mensagem deve ser relançada entre o emissor e o recetor, independentemente do tipo de linguagem utilizado (Phaneuf, 2005).

De acordo com a autora, existem vários fatores que podem prejudicar ou beneficiar o processo de comunicação, nomeadamente, a postura e as atitudes corporais, os gestos, a distância ou proxémica, o contato visual, a expressão facial, a voz, a respiração, o silêncio, a aparência geral e o toque. Considera, como obstáculos à comunicação os limites dos sentidos na pessoa cuidada, o nível de educação dos interlocutores, as diferenças culturais, os valores, a religião e espiritualidade, a diferença de idade, o desenvolvimento intelectual e o estatuto social, os preconceitos e estereótipos sociais.

A comunicação constitui um processo de criação e recriação de informação, de troca e de partilha de sentimentos e emoções entre as pessoas. Como refere Phaneuf (2005, p.22), “comunicar consiste evidentemente em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo”, sendo que na opinião da autora, “pela magia das palavras exprimem-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas” (Phaneuf, 2005, p.82).

De acordo com o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, o enfermeiro gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família, demonstrando conhecimentos aprofundados em comunicação perante a pessoa/família em situação crítica, demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação” e adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica.

Assim, é primordial que a comunicação em saúde seja clara, compreensível, credível e principalmente personalizada, ou seja, que se adeque às necessidades de informação do doente e sua família em determinado momento e adaptada ao seu nível cultural e capacidades cognitivas.

O processo de comunicação em saúde assume uma extrema importância, uma vez que pode influenciar significativamente a satisfação dos doentes/familiares, a sua adaptação psicológica à doença, os seus comportamentos de adesão e a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados (Borges, 2015).

Uma comunicação adequada logo no primeiro encontro entre o enfermeiro e família é imprescindível para estabelecer uma relação terapêutica eficaz que, será assim uma mais valia para o enfermeiro compreender as necessidades da família de modo a ajudar nesse momento particularmente difícil.

Segundo Phaneuf, (2005) a família próxima do doente sente necessidade de ser informada, sendo que a educação por parte dos enfermeiros ajuda na preparação para enfrentar uma má notícia ou adaptação ao problema de saúde do seu familiar. A informação fornecida pelos enfermeiros é uma componente indispensável no processo de interação entre doente/família/profissional de saúde. É um processo que exige partilha de conhecimentos e cuja comunicação clara e aberta com os familiares é essencial para uma interação de sucesso.

Sendo a família parte integrante de todo o processo de cuidar, os enfermeiros devem pedir aos familiares para participarem na prestação de cuidados ao doente em tarefas simples, como, por exemplo, ajudar o seu familiar a alimentar-se. “O facto de tomarem algumas responsabilidades permite-lhes desculpabilizarem-se por estar lá, bem de saúde, incapazes de fazer qualquer coisa de útil enquanto um dos seus entes queridos está em sofrimento” (Phaneuf, 2005, p 463).

Os enfermeiros devem assumir o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. O processo terapêutico deve incluir a família e em que esta deve ser integrada nos cuidados prestados ao doente (Cabete et al., 2020; Sá, Botelho & Henriques, 2015; Zussman, 1992).

Para Lopes (1995) o enfermeiro deve ser capaz de reconhecer a importância da família no êxito dos cuidados e acreditar que a sua presença fará a diferença.

Phaneuf (2005, p.10) salienta que “os cuidados de enfermagem, o trabalho relacional com a pessoa cuidada deveria ser primordial uma vez que é o veículo de toda a intervenção”. Meleis (2010) sublinha ainda que o doente e a família dependem um do outro e, como tal, devem ser encarados como uma célula essencial na promoção de cuidados de saúde com qualidade.

A integração da família no plano de intervenção do enfermeiro que cuida da PSC garante assim a prestação de cuidados de enfermagem de forma holística. Pretende-se que intervenção do enfermeiro especialista seja “precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica” (OE, 2011, p.4) pelo que o cuidado à família não se limita meramente a um alargar da área de intervenção do enfermeiro, mas sim ao desenvolvimento de uma abordagem holística dos cuidados prestados à PSC (OE,2002).

Gerir a comunicação que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família e gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a PSC e a família são competências do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC.

A relação terapêutica e a comunicação surgem como estratégias importantes na intervenção do enfermeiro, de forma a promover a qualidade dos cuidados prestados à família da PSC, permitindo assim uma maior compreensão do processo vivido pela família (Yoo et al., 2020; Lima, 2015, Carvalhido, 2014).

O estabelecer uma relação terapêutica eficaz torna-se imperativo, uma vez que a família está a vivenciar uma transição saúde/doença. Isto leva a que surjam um conjunto de necessidades que estão afetadas e que requerem a intervenção do enfermeiro, de maneira a que a família se adapte a esta nova situação e que todo o processo de transição se efetue de uma forma saudável.

As competências do enfermeiro especialista abrangem não só a PSC, mas também a importância do envolvimento da família no processo terapêutico. O enfermeiro especialista em enfermagem à PSC assume um lugar de excelência na promoção de intervenções autónomas de enfermagem que envolvam a família. Assim, numa abordagem holística dos cuidados, faz todo o sentido que se promova um cuidado de enfermagem também centrado na família, considerando-a “como objeto de cuidados e não apenas como o contexto de pessoa doente” (Sá et al, 2015, p.43).

A prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC e à sua família revelam ser um constante desafio, devido a uma rigorosa aplicação de conhecimentos nos diferentes domínios científico, técnico, prático e clínico e que, para Nunes (2010) são os requisitos das diferentes esferas que determinam o perfil do enfermeiro perito.

A intervenção do enfermeiro especialista poderá ser um desafio, uma vez que toda a situação saúde/doença da PSC é um processo extremamente complexo, o que implica dedicação na satisfação das suas necessidades, sendo muitas vezes relegadas para segundo plano as necessidades da família (Sá et al, 2015). Contudo, intervir junto da família assume grande importância, uma vez que irá contribuir para a sua vivência, ajudando-a na sua adaptação (Hashim & Hussin, 2012), mas também capacitando-a a tomar uma posição ativa na recuperação da PSC (Hsiao, Redley & Hsiao, 2016).

3- METODOLOGIA

Para haver investigação é necessário, em primeiro lugar, a existência de um problema, que seja pertinente ser investigado, daí que “...o investigador deve obrigar-se a escolher rapidamente um fio condutor tão claro quanto possível, de forma que o seu trabalho possa iniciar-se sem demora e estruturar-se com coerência” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p.31).

Na investigação em Enfermagem o problema de partida deve ter interesse e relevância para a prática, uma vez que não é suficiente que o problema seja interessante, se ele não oferecer possibilidade de contribuição para o conhecimento ou para a melhoria da prática de Enfermagem” (Polit, Beck, & Hungler 2004, p. 390).

A questão de partida que está na base desta investigação é: “Quais as necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa unidade de cuidados intensivos no momento da primeira visita?”

A metodologia é uma fase essencial em todo o trabalho de pesquisa pois, para além de permitir ao investigador personalizar todo o seu estudo, é também o caminho para o desenvolvimento e concretização do trabalho de investigação. Fortin (2009) define a fase metodológica como um conjunto de métodos e técnicas que guiam a investigação científica. Tem como objetivo precisar a maneira como a questão de investigação será integrada no decorrer da investigação.

Esta etapa pressupõe a escolha de um método, de uma técnica de colheita e análise de dados (Fortin, 2009, p.211).

O presente capítulo incidir-se-á na definição do tipo de estudo e objetivos , da população e amostra, o instrumento de colheita de dados e, por último, as considerações éticas.

3.1 - Tipo de estudo e objetivos

Considera-se que o presente estudo de investigação está inserido num paradigma quantitativo, de carácter exploratório, descritivo e transversal.

Citando Fortin (2009, p.22) um estudo quantitativo é “um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”. Uma das

características da investigação quantitativa é a de se expressar através de números e de utilizar a medição numérica e a estatística para estabelecer com exatidão padrões de comportamento de uma população (Ribeiro, 2010, Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). Perante este pressuposto, a presente dissertação insere-se num paradigma quantitativo, uma vez que recorre a números e métodos estatísticos para dar resposta às questões de investigação.

Um estudo exploratório / descritivo “consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido (Fortin, 2003, p. 52). Polit et al (2004, p.177) salientam ainda que “a finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos de uma situação”. Assim, esta dissertação trata-se de um estudo exploratório descritivo, uma vez que através da aplicação de um questionário denominado Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos, vai permitir que sejam identificadas as necessidades da família em contexto de cuidados intensivos.

Pode-se classificar como sendo um estudo correlacional, uma vez que se irão explorar relações entre variáveis e entre as diferentes dimensões.

Uma vez que os dados foram obtidos num determinado período de tempo, pode-se classificar este estudo como sendo transversal. Para Fortin (2009, p.252) “o estudo transversal consiste em examinar simultaneamente um ou vários cohortes da população (...), num determinado tempo, em relação a um fenómeno presente no momento da investigação”.

De acordo com os princípios da investigação, Fortin (2009, p.160) defende que os objetivos devem “indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue”. Assim, foi definido o seguinte objetivo geral:

- analisar as necessidades da família da pessoa em situação crítica internada numa unidade de cuidados intensivos no momento da primeira visita.

Foram também traçados os seguintes objetivos específicos:

- identificar as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa Unidade de Cuidados Intensivos aquando da primeira visita;
- descrever as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa Unidade de Cuidados Intensivos aquando da primeira visita;
- analisar a correlação entre as diferentes dimensões do questionário “Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos” e as variáveis sócio-

demográficas (idade do participante, sexo do participante, relação com o familiar, o nível educacional, a experiência anterior em UCI, a idade do familiar e o sexo do familiar).

3.2 - População e amostra

A população de um estudo “é o grupo sobre o qual o investigador tem interesse em recolher informação e extrair conclusões” (Tuckman, 2000, p.338). Fortin (2009) refere que a população de um estudo é constituída por um conjunto de elementos que apresentam características comuns e onde se pretende obter elementos informativos sobre a temática em estudo. No entanto, em investigação é necessário identificar a população alvo. A mesma autora considera a população alvo um “conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações”. Assim, para este estudo a população alvo é constituída pelos familiares de referência da pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e Unidade de Cuidados Neurocríticos, de um hospital da região norte do país.

Os critérios de inclusão correspondem às características essenciais dos elementos da população (Fortin, 2009). Foram definidos os seguintes critérios de inclusão para este estudo:

- aceitar participar livremente no estudo, assinando o consentimento informado;
- ter mais de 18 anos;
- ser o familiar de referência da pessoa em situação crítica;
- ter um familiar internado na UCI, por um período mínimo de 24 horas;
- ser a primeira vez que visita o familiar na UCI.

Foi utilizada uma amostra não probabilística intencional, uma vez que se trata de um “procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma propabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” e em que a mesma é constituída por “sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso” (Fortin, 2009, p.208).

Foram aplicados 88 questionários, portanto a amostra ficou constituída por um total de 88 familiares, desde o dia 24 de Outubro de 2019 e o dia 6 de Março de 2020. Não se prosseguiu

com a continuidade dos questionários pela imposição da DGS em proibir as visitas nos hospitais, devido ao estado de pandemia pelo Covid-19, daí a limitação da amostra.

3.3 - Instrumento de colheita de dados

A colheita de dados, para Fortin (2009), refere-se a um processo baseado na observação, medida ou obtenção de dados, onde se visa a recolha de informação sobre determinadas variáveis junto dos sujeitos envolventes num processo de investigação.

O método escolhido para a recolha de dados foi um questionário designado Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (Anexo I). Em Portugal, o *Critical Care Family Needs Inventory* foi traduzido e validado para a população portuguesa por Sara Campos, em 2014, designando-o por Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI).

O questionário é constituído por duas partes. A primeira parte diz respeito aos dados demográficos para caracterização da amostra. Na segunda parte encontra-se o Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI) que é composto por 45 afirmações referentes às necessidades da família em UCI e que são classificadas de acordo com o seu grau de importância, através de uma escala de Likert de quatro categorias, em que 1 corresponde a sem importância, 2 pouco importante, 3 importante e 4 muito importante. No final do questionário existe uma questão aberta cuja finalidade é identificar necessidades não previstas.

No INFUCI estão identificados, segundo Leske (1991), cinco fatores: suporte, conforto, informação, proximidade e segurança. A dimensão **suporte** corresponde aos itens 2, 7, 9, 12, 18, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 33, 34 e 37 e que expressam uma variedade de recursos, sistemas e estruturas de suporte necessários à família perante a doença do seu familiar em situação crítica, suporte pressupõe prestar ajuda ou assistência. A dimensão **conforto** está contida nos itens 8, 20, 21, 23, 28 e 32 em que estão representadas necessidades pessoais de conforto, sendo que este sugere proporcionar alívio do sofrimento e angústia. No que diz respeito à dimensão **informação**, esta contém os itens 3, 4, 11, 13, 15, 16, 19 e 38 e que estão relacionadas com a necessidade de informação realista relativamente à PSC. Esta dimensão reflete a necessidade de informação e conhecimento através do envolvimento da família, informação essa que pode ser obtida através

da observação direta do doente, quer pela participação nos cuidados ou pelo contato com a equipa de saúde. Quanto à dimensão **proximidade** é composta pelos itens 6, 10, 29, 36, 39, 40, 41, 44 e 45 e que reflete a necessidade de contato pessoal e a permanência junto do doente, quer seja física ou emocionalmente; esta dimensão sugere estar junto ou próximo do doente. Por último, a dimensão **segurança** é constituída pelos itens 1, 5, 14, 17, 35, 42 e 43 e estão relacionadas com a honestidade, segurança e esperança e onde está subjacente a capacidade da equipa de saúde transmitir segurança e esclareça dúvidas.

3.4 - Considerações éticas

Quando se realiza um trabalho de investigação existem limites predefinidos, nomeadamente, o respeito e a proteção dos direitos das pessoas que devem ser preservados. A investigação realizada em seres humanos deverá oferecer garantias éticas e morais baseadas no processo de tomada de decisão livre e esclarecida de todos os participantes nela envolvidos.

Foi solicitado através de correspondência eletrónica, o pedido de autorização à autora Sara Campos para a utilização da escala (Anexo II).

O Protocolo de Investigação (Anexo III) foi submetido à aprovação da Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho (Anexo IV), da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (Anexo V) e da Proteção de dados de estudos em saúde do Hospital de Braga (Anexo VI). Foram ainda enviados pedidos de autorização da realização do estudo aos diretores clínicos e enfermeiros chefes das diferentes unidades de cuidados intensivos (Anexo VII).

Para a participação no estudo de investigação é necessário atender aos princípios da Declaração de Helsínquia, garantindo o direito à autodeterminação, intimidade, confidencialidade, proteção contra o desconforto e o prejuízo e tratamento justo e leal, sendo que a documentação foi recolhida e codificada, impossibilitando desta forma a identificação dos participantes.

Aos familiares da pessoa em situação crítica foi-lhes explicado de uma forma clara, concisa e acessível todos os procedimentos inerentes a este estudo de investigação, nomeadamente que a participação seria voluntária, sem custos para a família e que é assegurada a confidencialidade dos dados e o seu anonimato. Foi ainda garantido que os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins académicos e que, caso pretendam abandonar o projeto, poderão fazê-

lo a qualquer momento sem que esta decisão lhes traga algum inconveniente ou qualquer repercussão negativa para os próprios. Foi também explicado o conceito do consentimento informado, livre e esclarecido e a necessidade de assinar o documento. O consentimento informado (Anexo VIII) foi disponibilizado em duplicado (uma cópia seria entregue ao participante e a outra ficaria com o investigador). Após a concordância em participar no estudo foi aplicado o questionário ao familiar de referência.

Uma vez que a investigadora tem limitações de horário, por ter horário fixo, e por nem sempre ter familiares disponíveis no horário das visitas que correspondessem aos critérios de inclusão já mencionados, foi pedido a cada um dos enfermeiros chefes do serviço que nos ajudassem na recolha de dados e mediante a aprovação do departamento de proteção de dados do mesmo hospital (anexo IX). Assim, além da investigadora, participaram na recolha de dados dois enfermeiros de cada unidade de cuidados intensivos (UCIC, UCIN e UCIP).

4- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa informático IBM SPSS *Statistics* versão 25 para Windows. Este programa permite-nos analisar uma vasta gama de análise estatística. Para apresentar os dados fornecidos pelos questionários recorreu-se a técnicas de estatística descritiva, como frequências absolutas (número) e relativas (percentagem), medidas de tendência central (média aritmética) medidas de dispersão (desvio padrão, mínimos e máximos). No que diz respeito à estatística inferencial, foram utilizados testes paramétricos (análise de variância: t test e ANOVA) e, quanto às correlações, recorreu-se ao coeficiente de Pearson.

Este programa informático permitiu efetuar a análise descritiva dos dados sociodemográficos e identificar as necessidades dos familiares na primeira visita à UCI.

Neste capítulo são apresentados os dados obtidos da aplicação do questionário. Tal como no questionário, esta apresentação segue a mesma sequência, ou seja, começa-se pelos dados sócio demográficos para um melhor conhecimento da amostra, posteriormente à análise dos 45 itens do questionário e, por fim às correlações entre as diferentes dimensões e entre as dimensões com os dados sócio demográficos dos participantes.

1- Caracterização sócio demográfica

Tal como já foi referido, a amostra integra um total de 88 familiares de referência da PSC internada em UCI e que cumpriram os critérios de inclusão estabelecidos. Dos 88 participantes, 29 são do sexo masculino, o que corresponde a 33% e 58 são do sexo feminino, o que corresponde a 65,9%. (Tabela 2). Podemos referir que os familiares apresentaram uma média de idade de 47,3%, com um desvio padrão de 13,599.

No que concerne à relação do doente, constatamos que 34,1% dos inquiridos eram filhos da PSC, seguido do cônjuge com 34,1%. Os restantes inquiridos são distribuídos pelos restantes graus de parentesco, pai/mãe (18,2%), irmão (5,7%) e outros que respondem a 9,1% e que são identificados como avô, genro, namorado, neto, sobrinha(o), afilhado, sogro.

Quanto ao nível educacional, verificamos que 43% concluiu o ensino secundário, 37,5% o ensino superior, 19,3% o ensino primário e 1,1% não tem frequência escolar.

De salientar que em relação aos familiares 67% dos inquiridos não possui experiência anterior numa UCI e que 30,7% já tinha vivido uma experiência numa UCI.

De acordo com os dados da tabela, podemos referir que em relação à PSC maioritariamente corresponde ao sexo masculino (65,9%) e 33% ao sexo feminino, com uma média de idade de 64,48 anos e um desvio padrão de 15,475.

Tabela 2- Dados sócio demográficos da amostra

	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
IDADE (participante)	88	–	–	-	20	76	47,3	13,5999
SEXO (participante)								
Masculino	29	33,0	33,0	33,0				
Feminino	58	65,9	65,9	98,9				
NR	1	1,1	1,1	100				
RELAÇÃO COM O DOENTE								
Cônjuge	28	31,8	31,8	31,8				
Pai/Mãe	16	18,2	18,2	50				
Filho(a)	30	34,1	34,1	84,1				
Irmão(ã)	5	5,7	5,7	89,8				
Outro	8	9,1	9,1	98,9				
NR	1	1,1	1,1	100				
NÍVEL EDUCACIONAL								
Sem frequência escolar	1	1,1	1,1	1,1				
Ensino primário	17	19,3	19,3	20,5				
Ensino secundário	37	42,0	42	62,6				
Ensino superior	33	37,5	37,5	100				
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM UCI								
Sim	27	30,7	30,7	30,7				
Não	59	67,0	67,0	97,7				
NR	2	2,3	2,3	100				
IDADE (familiar)	87	–	–	–	17	98	64,48	15,475
SEXO (familiar)								
Masculino	58	65,9	65,9	65,9				
Feminino	29	33,0	33	98,9				
NR	1	1,1	1,1	100				

2- Identificação das necessidades da família na UCI

Os dados obtidos na segunda parte do questionário incidem de uma forma mais direta e objetiva sobre as questões relacionadas sobre a temática desta dissertação.

Como já foi referido, foi aplicado o INFUCI, com 45 itens, cujas respostas apresentam-se numa escala tipo *Likert* entre “sem importância”, “pouco importante”, “importante” e “muito importante”. De salientar que no questionário existe uma pergunta (nº 46) de resposta livre, em que os participantes podiam escrever o que entendessem caso não estivesse mencionado nas questões anteriores, mas nenhum dos familiares respondeu a esta questão.

Na tabela 3, pode-se observar a distribuição das respostas dos familiares ao questionário INFUCI, em que as necessidades estão numeradas de N1 a N45.

Tabela 3- Frequência das respostas dos familiares ao INFUCI

	Sem importância		Pouco importante		Importante		Muito importante	
	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
N1 [Se] Saber o prognóstico do seu familiar.	1	1,1%	1	1,1%	1	1,1%	85	96,6%
N2 [Su] Obter informações sobre o ambiente da unidade de cuidados intensivos antes de entrar pela primeira vez.	1	1,1%	7	8,0%	30	34,1%	50	56,8%
N3 [I] Falar diariamente com um médico.	0	0,0%	0	0,0%	15	17,0%	73	83,0%
N4 [I] Poder telefonar para uma pessoa de referência quando for impossível estar presente na visita.	0	0,0%	1	1,1%	27	30,7%	59	67,0%
N5 [Se] Obter respostas sinceras às questões colocadas.	1	1,1%	0	0,0%	6	6,8%	81	92,0%
N6 [P] Ter um horário de visitas adaptável a condições especiais (do familiar).	1	1,1%	4	4,5%	33	37,5%	50	56,8%
N7 [Su] Poder falar dos seus sentimentos relativamente à situação.	1	1,1%	9	10,2%	52	59,1%	26	29,5%
N8 [C] Ter acesso a alimentação no hospital.	17	19,3%	35	39,8%	31	35,2%	5	5,7%
N9 [Su] Ter instruções sobre como proceder junto do seu familiar.	0	0,0%	2	2,3%	23	26,1%	63	71,6%
N10 [P] Poder visitar o seu familiar em qualquer momento.	1	1,1%	10	11,4%	31	35,2%	45	51,1%
N11 [I] Saber que tipo de informação cada membro da equipa me pode dar.	1	1,1%	6	6,8%	43	48,9%	37	42,0%
N12 [Su] Ter amigos próximos para me apoiarem.	0	0,0%	4	4,5%	32	36,4%	51	58,0%
N13 [I] Conhecer o motivo daquilo que é feito (técnicas, exames, etc.) ao seu familiar.	0	0,0%	1	1,1%	20	22,7%	67	76,1%
N14 [Se] Sentir que existe esperança.	0	0,0%	1	1,1%	18	20,5%	69	78,4%
N15 [I] Saber quem são os diferentes membros da equipa que cuidam do seu familiar.	3	3,4%	8	9,1%	27	30,7%	50	56,8%
N16 [I] Saber qual é o tratamento médico do seu familiar.	0	0,0%	3	3,4%	12	13,6%	73	83,0%
N17 [Se] Ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis.	0	0,0%	0	0,0%	5	5,7%	83	94,3%
N18 [Su] Ter um lugar no hospital para poder estar sozinho(a).	8	9,1%	33	37,5%	33	37,5%	14	15,9%
N19 [I] Saber exatamente o que está ser feito pelo seu familiar.	0	0,0%	1	1,1%	19	21,6%	68	77,3%
N20 [C] Ter mobiliário confortável na sala de espera.	2	2,3%	28	31,8%	40	45,5%	18	20,5%

N21 [C] Sentir que sou aceite pelos profissionais do hospital.	0	0,0%	2	2,3%	36	40,9%	50	56,8%
N22 [Su] Ter alguém que ajude nos problemas financeiros.	5	5,7%	19	21,6%	46	52,3%	17	19,3%
N23 [C] Ter telefone perto da sala de espera.	17	19,3%	31	35,2%	31	35,2%	8	9,1%
N24 [Su] Ter assistência religiosa/espiritual.	18	20,5%	33	37,5%	28	31,8%	8	9,1%
N25 [Su] Conversar sobre a possibilidade do seu familiar vir a falecer.	1	1,1%	3	3,4%	43	48,9%	40	45,5%
N26 [Su] Estar acompanhado de outra pessoa quando visita o seu familiar na unidade de cuidados intensivos.	2	2,3%	15	17,0%	24	27,3%	47	53,4%
N27 [Su] Ter alguém que se preocupa com a sua saúde.	0	0,0%	7	8,0%	39	44,3%	42	47,7%
N28 [C] Ter a certeza que é seguro deixar o hospital por instantes.	1	1,1%	3	3,4%	26	29,5%	58	65,9%
N29 [P] Falar diariamente com o(a) mesmo(a) enfermeiro(a).	5	5,7%	29	33,0%	18	20,5%	34	38,6%
N30 [Su] Sentir que pode chorar.	4	4,5%	10	11,4%	47	53,4%	25	28,4%
N31 [Su] Receber informação sobre a possibilidade de outras pessoas me ajudarem nos meus problemas.	2	2,3%	10	11,4%	55	62,5%	21	23,9%
N32 [C] Ter uma casa de banho perto da sala de espera.	1	1,1%	7	8,0%	50	56,8%	30	34,1%
N33 [Su] Poder estar sozinho sempre que sinta essa necessidade.	1	1,1%	22	25,0%	43	48,9%	22	25,0%
N34 [Su] Receber informações sobre quem me pode ajudar nos problemas familiares.	2	2,3%	10	11,4%	58	65,9%	18	20,5%
N35 [Se] Receber informações que eu compreenda	0	0,0%	1	1,1%	16	18,2%	71	80,7%
N36 [P] Ter um horário de visitas que comece à hora marcada.	3	3,4%	15	17,0%	40	45,5%	30	34,1%
N37 [Su] Receber informação sobre a assistência religiosa/espiritual hospitalar.	19	21,6%	33	37,5%	27	30,7%	8	9,1%
N38 [I] Poder ajudar nos cuidados físicos do seu familiar.	4	4,5%	17	19,3%	36	40,9%	30	34,1%
N39 [P] Ser informado das intensões e planos de transferência enquanto, ainda, estão a ser planeados.	0	0,0%	0	0,0%	26	29,5%	61	69,3%
N40 [P] Receber informação em casa sobre alterações da condição do seu familiar.	1	1,1%	1	1,1%	15	17,0%	71	80,7%
N41 [P] Receber informações sobre o estado do seu familiar pelo menos uma vez por dia.	0	0,0%	0	0,0%	13	14,8%	75	85,2%
N42 [Se] Sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar.	0	0,0%	0	0,0%	7	8,0%	81	92,0%
N43 [Se] Conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar.	0	0,0%	0	0,0%	12	13,6%	75	85,2%
N44 [P] Poder visitar o seu familiar com frequência.	0	0,0%	0	0,0%	15	17,0%	72	81,8%
N45 [P] Ter uma sala de espera perto do seu familiar.	0	0,0%	10	11,4%	38	43,2%	39	44,3%

Como se verifica na tabela 3, de um modo geral a maioria das respostas mais frequente ao INFUCI é “muito importante”, seguido de “importante”.

A análise individual dos itens permitiu identificar as necessidades com maior grau de importância. Assim, destacam-se como **muito importante** as seguintes necessidades: N1 (saber o prognóstico do seu familiar) com 96,6%, seguido de N17 (ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis), com 94,3%, e com 92% temos os itens N5 (obter respostas sinceras/honestas às questões colocadas) e N42 (sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar).

Em relação às necessidades consideradas **importantes**, observa-se a necessidade N34 (receber informações sobre quem me pode ajudar nos problemas familiares) com 65,9%, seguido da N31 (receber informação sobre a possibilidade de outras pessoas me ajudarem nos meus problemas) e com 59,1% a N7 (poder falar das suas emoções/sentimentos relativamente à situação).

Quanto às necessidades **pouco importantes** destaca-se a N8 (ter acesso à alimentação no hospital) com 39,8%, seguindo-se com 37,5% as N18 (ter um lugar no hospital para poder estar sozinho) e N24 (ter assistência religiosa/espiritual).

No que diz respeito às necessidades consideradas pelos familiares como **sem importância**, observa-se a N37 (receber informação sobre a assistência religiosa/espiritual hospitalar) com 21,6%, seguindo-se a N24 (ter assistência espiritual) com 20,5% e com 19,3% a N8 (ter acesso a alimentação no hospital).

Na tabela 4, está representada a estatística descritiva dos diferentes itens do questionário, como a média, mínimo, máximo, desvio padrão, assimetria e curtose. De acordo com Kline (2005), uma distribuição é normal para valores de assimetria menores que 3 e curtose inferiores a 8. Assim, verifica-se na tabela que existem alguns itens que não vão de acordo ao critério de Kline, como:

- A necessidade N1 (**saber o prognóstico do seu familiar**) apresenta valores compreendidos entre um mínimo de 1 e um máximo de 4, com assimetria negativa de ($sk = -6,323$) e uma distribuição platicúrtica ($Ku = 41,588$).
- A necessidade N5 (**obter respostas sinceras/honestas às questões colocadas**), que apresenta um mínimo de 1 e um máximo de 4, com assimetria negativa de ($sk = -5,164$) e uma distribuição platicúrtica ($Ku = 31,844$).
- A necessidade N17 (**ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis**), que apresenta um mínimo de 1 e um máximo de 4, com assimetria negativa de ($sk = -3,896$) e uma distribuição platicúrtica ($Ku = 13,482$).
- A necessidade N40 (**receber informação em casa sobre alterações da condição do seu familiar**), que apresenta um mínimo de 1 e um máximo de 4, com assimetria negativa de ($sk = -2,771$) que se encontra no critério de Kline, no entanto, tem uma distribuição platicúrtica ($Ku = 41,588$), que já se enquadra nos critérios definidos pelo mesmo autor.

- A necessidade N42 (**sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar**), que apresenta um mínimo de 3 e um máximo de 4, com assimetria negativa de ($sk = -3,162$) e uma distribuição platicúrtica ($Ku = 8,183$).

Pode-se depreender que todas estas necessidades mencionadas fogem à normalidade, ou seja são as necessidades que os familiares atribuem maior importância, o que vai ao encontro do exposto na tabela 3.

Tabela 4- Estatística descritiva das necessidades dos familiares de acordo com a resposta ao INFUCI

	Frequência	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Assimetria		Curtose	
						Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
N1	88	1	4	3,93	0,395	-6,323	0,257	41,588	0,508
N2	88	1	4	3,47	0,694	-1,142	0,257	0,865	0,508
N3	88	3	4	3,83	0,378	-1,783	0,257	1,207	0,508
N4	87	2	4	3,67	0,498	-1,006	0,258	-0,316	0,511
N5	88	1	4	3,90	0,402	-5,164	0,257	31,884	0,508
N6	88	1	4	3,50	0,643	-1,193	0,257	1,533	0,508
N7	88	1	4	3,17	0,647	-0,437	0,257	0,504	0,508
N8	88	1	4	2,27	0,840	0,038	0,257	-0,688	0,508
N9	88	2	4	3,69	0,511	-1,371	0,257	0,923	0,508
N10	87	1	4	3,38	0,735	-0,918	0,258	0,117	0,511
N11	87	1	4	3,33	0,659	-0,730	0,258	0,627	0,511
N12	87	2	4	3,54	0,587	-0,866	0,258	-0,213	0,511
N13	88	2	4	3,75	0,461	-1,529	0,257	1,243	0,508
N14	88	2	4	3,77	0,448	-1,710	0,257	1,935	0,508
N17	88	3	4	3,94	0,233	-3,896	0,257	13,482	0,508
N18	88	1	4	2,60	0,865	0,003	0,257	-0,656	0,508
N19	88	2	4	3,76	0,455	-1,617	0,257	1,569	0,508
N20	88	1	4	2,84	0,771	-0,024	0,257	-0,690	0,508
N21	88	2	4	3,55	0,545	-0,621	0,257	-0,767	0,508
N22	87	1	4	2,86	0,795	-0,457	0,258	-0,012	0,511
N23	87	1	4	2,34	0,900	0,039	0,258	-0,793	0,511
N24	87	1	4	2,30	0,904	0,141	0,258	-0,766	0,511
N25	87	1	4	3,40	0,619	-0,824	0,258	1,244	0,511
N26	88	1	4	3,32	0,838	-0,902	0,257	-0,273	0,508
N27	88	2	4	3,40	0,635	-0,569	0,257	-0,590	0,508
N28	88	1	4	3,60	0,617	-1,605	0,257	2,899	0,508
N29	86	1	4	2,94	0,986	-0,258	0,260	-1,288	0,514
N30	86	1	4	3,08	0,770	-0,774	0,260	0,713	0,514
N31	88	1	4	3,08	0,665	-0,569	0,257	1,060	0,508
N32	88	1	4	3,24	0,643	-0,529	0,257	0,624	0,508
N33	88	1	4	2,98	0,742	-0,136	0,257	-0,698	0,508
N34	88	1	4	3,05	0,642	-0,574	0,257	1,391	0,508
N35	88	2	4	3,80	0,433	-1,916	0,257	2,817	0,508

N36	88	1	4	3,10	0,803	-0,598	0,257	-0,136	0,508
N37	87	1	4	2,28	0,911	0,175	0,258	-0,779	0,511
N38	87	1	4	3,06	0,854	-0,570	0,258	-0,373	0,511
N39	87	3	4	3,70	0,460	-0,894	0,258	-1,229	0,511
N40	88	1	4	3,77	0,519	-2,771	0,257	9,520	0,508
N41	88	3	4	3,85	0,357	-2,020	0,257	2,129	0,508
N42	88	3	4	3,92	0,272	-3,162	0,257	8,183	0,508
N43	87	3	4	3,86	0,347	-2,137	0,258	2,627	0,511
N44	87	3	4	3,83	0,380	-1,765	0,258	1,141	0,511
N45	87	2	4	3,33	0,676	-0,522	0,258	-0,737	0,511

Em seguida, irão ser apresentados os resultados da identificação das necessidades da família de acordo com o grau de importância, agrupados nas cinco áreas nas quais as famílias se focam: suporte, conforto, informação, proximidade e segurança. As dimensões foram computadas pela média dos itens que compreendem. Para uma melhor compreensão de quais os itens a que corresponde cada dimensão (já descritos e mencionados no enquadramento teórico desta dissertação), estes estão apresentados no seguinte quadro:

Quadro1- Dimensões das necessidades e respetivos itens

Necessidades	Número de itens	Itens
Suporte	15	2, 7, 9, 12, 18, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 33, 34, 37
Conforto	6	8, 20, 21, 23, 28, 32
Informação	8	3, 4, 11, 13, 15, 16, 19, 38
Proximidade	9	6, 10, 29, 36, 39, 40, 41, 44, 45
Segurança	7	1, 5, 14, 17, 35, 42, 43

Estes dados são caracterizados quanto à dispersão, através das medidas de tendência central e coeficientes de assimetria (*Skewness*) e curtose ou achatamento (*Kurtosis*), como está demonstrado na tabela 5.

Tabela 5- Estatística descritiva das diferentes dimensões

	Frequência	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Assimetria		Curtose	
						Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Suporte	88	2,07	3,93	3,08	0,37	- 0,097	0,257	- 0,015	0,508
Conforto	88	1,67	4,00	2,98	0,44	- 0,269	0,257	0,462	0,508
Informação	88	2,63	4,00	3,58	0,36	- 0,909	0,257	0,137	0,508
Proximidade	88	2,63	4,00	3,49	0,33	- 0,436	0,257	- 0,415	0,508
Segurança	88	2,71	4,00	3,87	0,21	-3,023	0,257	12,111	0,508

Como se pode analisar na tabela 10 a dimensão **suporte** apresenta valores compreendidos entre 2,07 (mínimo) e 3,93 (máximo), com assimetria negativa ($sk = -0,97$) e uma distribuição platicúrtica ($Ku = -0,15$). Os valores de assimetria e curtose para esta dimensão encontram-se dentro do critério de Kline (2005).

Apresenta-se, em seguida, o gráfico representante à dimensão **suporte**.

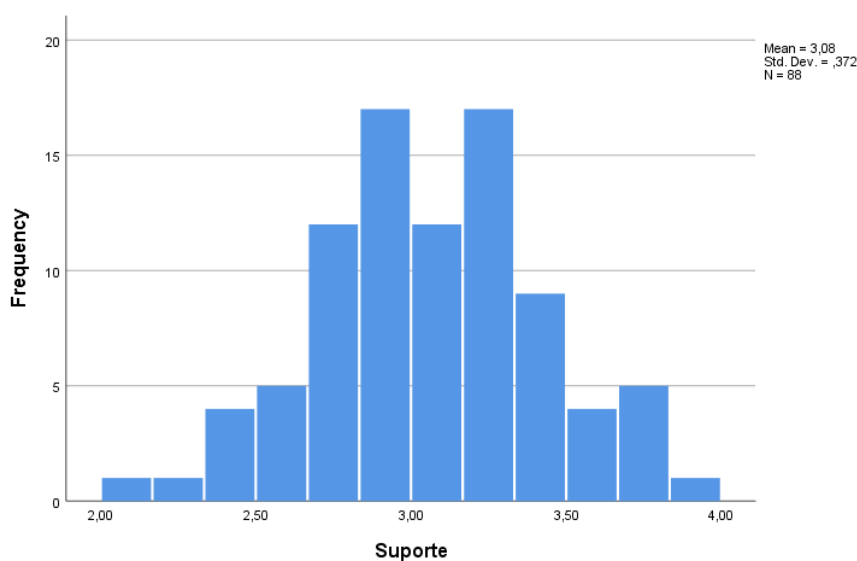


Gráfico 1- Representação da dimensão suporte

Quanto à dimensão **conforto**, apresenta um valor mínimo de 1,67 e um máximo de 4, com uma assimetria negativa ($sk = -0,269$) e uma distribuição platicúrtica ($Ku = 0,462$). Os valores de assimetria e curtose para esta dimensão encontram-se dentro do critério de Kline (2005), ou seja dentro da normalidade.

O gráfico correspondente a esta dimensão está representado da seguinte forma:

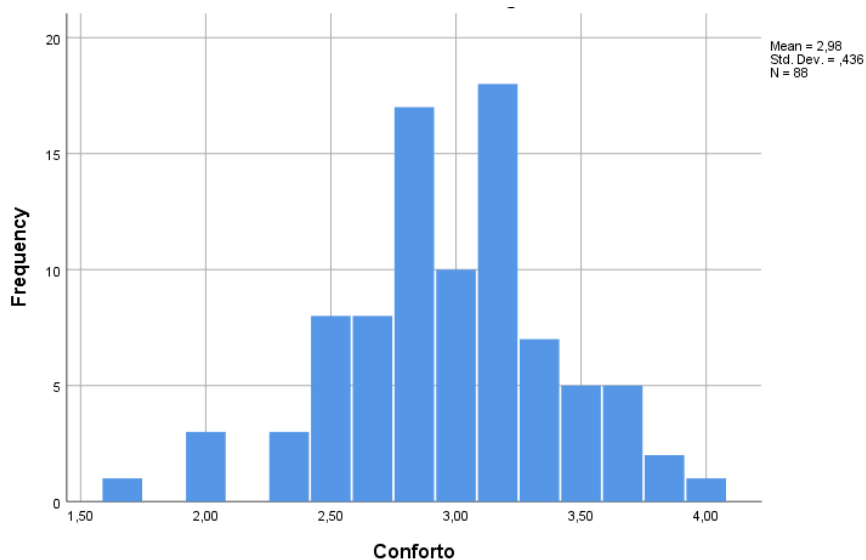


Gráfico 2- Representação da dimensão conforto

No que diz respeito à dimensão **informação**, podemos constatar que apresenta valores compreendidos entre 2,63 (mínimo) e 4 (máximo), com assimetria negativa ($sk = -0,909$) e uma distribuição platicúrtica ($Ku = -0,137$). Os valores de assimetria e curtose para esta dimensão também se enquadram no critério de Kline (2005).

Esta dimensão está representado no seguinte gráfico:

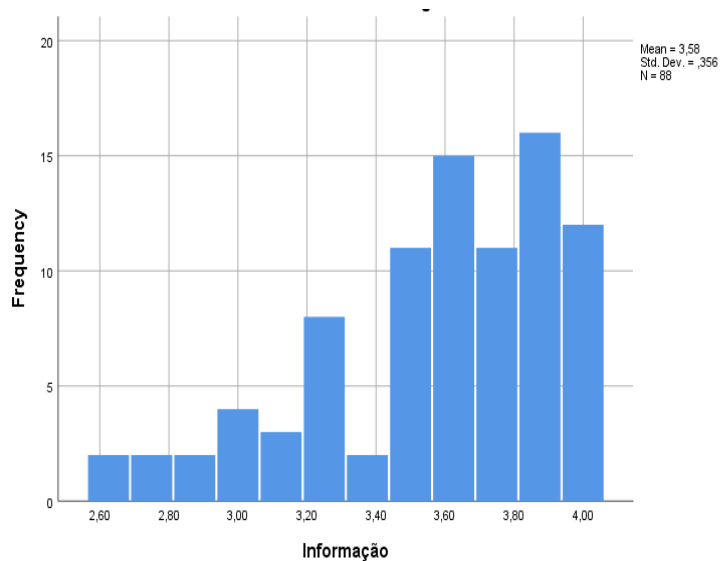


Gráfico 3- Representação da dimensão informação

No que concerne à dimensão **proximidade** esta apresenta um mínimo de 2,63 e um máximo de 4, com assimetria negativa ($sk = -0,436$) e uma distribuição platicúrtica ($Ku = -0,415$). Os valores de assimetria e curtose para esta dimensão também se enquadram no critério de Kline (2005).

O gráfico da dimensão **proximidade** está representado do seguinte modo:

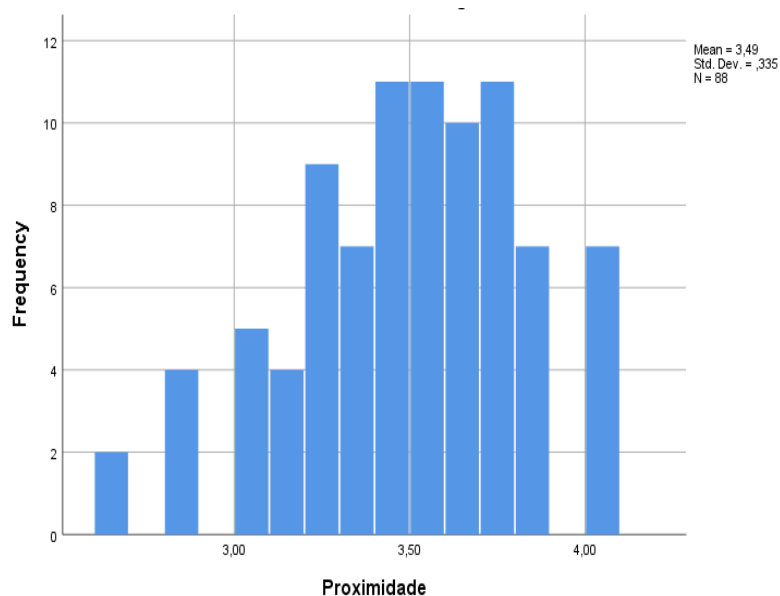


Gráfico 4- Representação da dimensão proximidade

Por último, a dimensão **segurança** apresenta valores compreendidos entre 2,71 (mínimo) e 4 (máximo), com assimetria negativa ($sk = -3,023$) e uma distribuição leptocúrtica ($Ku = 12,111$). Os valores de assimetria e curtose para esta dimensão encontram-se fora do critério de Kline.

Esta dimensão apresenta-se do seguinte modo:

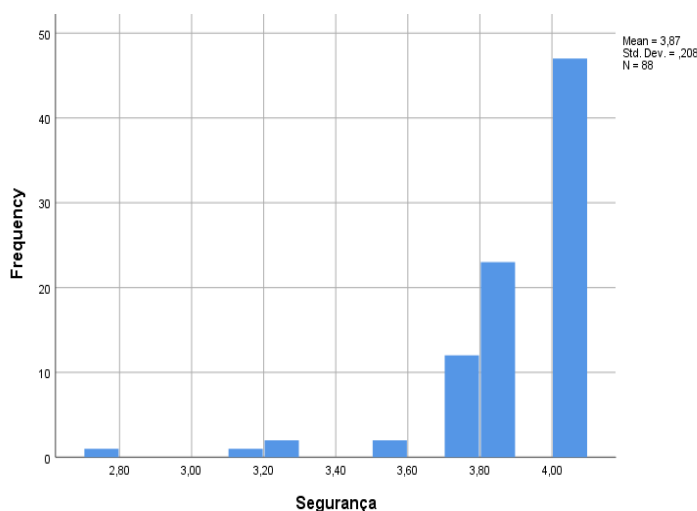


Gráfico 5- Representação da dimensão segurança

Perante estes dados verifica-se que a dimensão segurança é a única que não se encontra dentro dos parâmetros definidos por Kline. De acordo com os dados já referidos anteriormente, verifica-se que os itens que a família deram mais importância foram aos itens 1, 5, 17, 42, que estão relacionados com a dimensão segurança.

A análise da importância atribuída aos familiares às necessidades evidencia que as mais importantes são as necessidades de segurança ($M=3,87$; $DP=0,21$), seguido das necessidades de informação ($M=3,58$, $DP=0,36$) e proximidade ($M=3,49$, $DP=0,33$). As menos importantes são as necessidades de suporte ($M=3,09$, $DP=0,47$) e a necessidade de conforto ($M=2,98$, $DP=0,44$). (Tabela 5)

Terminada a análise descritiva do grau de importância das necessidades da família da PSC, prossegue-se com as correlações entre as respetivas dimensões, utilizando o teste de correlação r de Pearson. Segundo Fortin (2006), em estatística descritiva utiliza-se este tipo de coeficiente quando se quer descrever uma relação entre duas variáveis, relação essa que pode ser fraca, média ou forte. Quanto mais o coeficiente se aproxima de $\pm 1,00$, mais forte é a relação entre as duas variáveis. A correlação de Pearson varia entre -1 e +1, e os valores do r determinam a qualidade da correlação.

Assim, ao analisar a tabela 6, verifica-se que correlação entre as diferentes dimensões, uma vez que o valor de p é significativo, com exceção da dimensão conforto/segurança em que não se verifica qualquer correlação entre ambas.

As dimensões que revelam um maior valor são as dimensões suporte/conforto, com $r=0,643$. De salientar que as dimensões que demonstram um valor mais baixo, com e as dimensões suporte/segurança com $r=0,337$.

Tabela 6- Correlação entre as diferentes dimensões

	Suporte	Conforto	Informação	Proximidade	Segurança
Suporte	1	,643 ^{**}	,507 ^{**}	,541 ^{**}	,337 ^{**}
Conforto	,643 ^{**}	1	,501 ^{**}	,608 ^{**}	0,205
Informação	,507 ^{**}	,501 ^{**}	1	,607 ^{**}	,578 ^{**}
Proximidade	,541 ^{**}	,608 ^{**}	,607 ^{**}	1	,502 ^{**}
Segurança	,337 ^{**}	0,205	,578 ^{**}	,502 ^{**}	1

Após relacionar as dimensões entre si irão ser aplicadas correlações descritivas entre as dimensões e as diferentes variáveis (idade do participante, sexo do participante relação com o familiar, o nível educacional, a experiência anterior em UCI, a idade do familiar e o sexo do familiar).

Quanto à idade do participante e, usando a correlação de Pearson, pode-se verificar que não existe correlação significativa entre as diferentes dimensões ($p > 0.05$), (Tabela 12). Em relação à idade do familiar pode-se verificar que não existe correlação significativa, uma vez que o valor mais baixo de r é -0,103 e o mais alto é 0,137.

Tabela 7- Correlação entre as diferentes dimensões e as idades do participante familiar

		Idade (participante)	Idade (familiar)
Suporte	Pearson Correlation	0,062	-0,014
	Sig. (2-tailed)	0,569	0,898
	N	88	87
Conforto	Pearson Correlation	0,031	-0,031
	Sig. (2-tailed)	0,771	0,772
	N	88	87
Informação	Pearson Correlation	-0,026	0,070
	Sig. (2-tailed)	0,809	0,519
	N	88	87
Proximidade	Pearson Correlation	-0,056	-0,103
	Sig. (2-tailed)	0,604	0,342
	N	88	87
Segurança	Pearson Correlation	0,099	0,137
	Sig. (2-tailed)	0,357	0,205
	N	88	87

No que diz respeito aos testes de hipóteses para as diferentes dimensões e pelo sexo do participante, optou-se pela realização do *t test*. Recorreu-se primeiramente ao teste de Levene, que permite averiguar a homogeneidade das variâncias dois grupos (neste caso, participantes masculinos e femininos). Considera-se que as variâncias são diferentes entre grupos se a significância associada ao teste é inferior a 0,05; Para este valor e, como não se verifica a homogeneidade das variâncias, utiliza-se o teste *t* para *Equal variances not assumed*. Se o valor de significância associada ao teste *t* for superior a 0,05, revela que não existem diferenças estatisticamente significativas e usa-se o teste *t* de *Equal variances assumed*.

Ao analisar a tabela 8 e 9, verifica-se que em relação ao sexo do participante, os 29 participantes do sexo masculino ($M = 2,91$; $DP = 0,34$) atribuem significativamente menos importância à

dimensão suporte do que os 58 participantes do sexo feminino ($M= 3,16$, $DP=0,36$), $t(85) = -3,1$; $p < 0,01$.

Em relação à dimensão conforto, verifica-se que os participantes do sexo feminino ($M=3,07$; $DP=0,42$) atribuem significativamente mais importância que os participantes do sexo masculino ($M=2,79$; $DP=0,43$), $t(85) = -2,9$; $p < 0,01$.

No que concerne à dimensão informação, também se verifica que os participantes do sexo feminino ($M=3,65$; $DP=0,30$) também atribuem um maior grau de importância que os do sexo masculino ($M=3,41$; $DP=0,41$), $t(85) = -3,1$; $p < 0,01$.

Quanto às dimensões proximidade e segurança, o teste não mostrou diferenças significativas para um intervalo de 95% de confiança, uma vez que a significância associada ao teste *t* foi superior a 0,05 (tabela 9).

Tabela 8- Estatística descritiva entre as diferentes dimensões e o sexo do participante

Sexo (participante)		N	Média	Desvio padrão
Suporte	Masculino	29	2,9126**	0,34324
	Feminino	58	3,1645**	0,36262
Conforto	Masculino	29	2,7874**	0,42701
	Feminino	58	3,0690**	0,41656
Informação	Masculino	29	3,4095**	0,41174
	Feminino	58	3,6530**	0,29529
Proximidade	Masculino	29	3,3894	0,37343
	Feminino	58	3,5280	0,30209
Segurança	Masculino	29	3,8227	0,25226
	Feminino	58	3,8970	0,18135

Tabela 9- Estatística inferencial entre as diferentes dimensões e o sexo do participante

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Suporte	0,092	0,762	-3,108	85	0,003	-0,25189	0,08104	-0,41303	-0,09075
			-3,166	58,953	0,002	-0,25189	0,07956	-0,41109	-0,09269
Conforto	0,004	0,951	-2,948	85	0,004	-0,28161	0,09553	-0,47154	-0,09168
			-2,923	54,882	0,005	-0,28161	0,09633	-0,47466	-0,08855
Informação	7,440	0,008	-3,167	85	0,002	-0,24353	0,07690	-0,39642	-0,09065
			-2,841	42,861	0,007	-0,24353	0,08573	-0,41644	-0,07063
Proximidade	1,395	0,241	-1,863	85	0,066	-0,13865	0,07444	-0,28665	0,00936
			-1,736	46,857	0,089	-0,13865	0,07989	-0,29937	0,02207
Segurança	1,292	0,259	-1,575	85	0,119	-0,07430	0,04717	-0,16809	0,01948
			-1,414	42,932	0,165	-0,07430	0,05255	-0,18028	0,03168

Para se analisar as diferentes dimensões com a relação com o doente, recorreu-se ao teste ANOVA, uma vez que permite comparar a distribuição entre grupos. Nas questões em que o Sig é significativo (≤ 0.05), ou seja em que se verifica diferenças entre grupos, é aplicado o teste de comparações múltiplas (teste Post Hocs), que revela quais os grupos que diferem entre si. Se o valor de Sig é $> 0,05$ aplica-se o Post Hoc Tukey.

Analisando a tabela11 verifica-se que para a dimensão suporte não foram encontradas diferenças significativas entre as diferentes relações com o doente, $F(4;82) = 0,84$; $p=0,51$, em que o cônjuge apresenta uma média de 3,312 e desvio padrão de 0,35; os pais uma média de 3,19 e desvio padrão de 0,46; o filho(a) uma Média de 3 e desvio padrão de 0,39; o irmão(ã) com uma média de 3,05 e desvio padrão de 0,25; quanto aos outros relacionamentos com o familiar apresenta uma média de 3,02 e desvio padrão de 0,23 (Tabela 10).

Quanto à dimensão conforto também não foram encontradas diferenças significativas entre as diferentes relações com o doente, $F(4;82) = 0,66$; $p=0,62$, em que o cônjuge apresenta uma média de 3 e desvio padrão de 0,4; os pais uma média de 3,09 e desvio padrão de 0,45; o filho(a) uma média de 2,88 e desvio padrão de 0,51; o irmão(ã) com uma média de 3,03 e desvio padrão de 0,32; quanto aos outros relacionamentos com o familiar apresenta uma média de 2,06 e desvio padrão de 0,32 (Tabela 10).

Para a dimensão informação não foram encontradas diferenças significativas entre as diferentes relações com o doente, $F(4;82) = 2,13$; $p=0,08$, em que o cônjuge apresenta uma média de 3,5 e desvio padrão de 0,32; os pais uma média de 3,7 e desvio padrão de 0,28; o filho(a) uma média de 3,61 e desvio padrão de 0,38; o irmão(ã) com uma média de 3,35 e desvio padrão de 0,44; quanto aos outros relacionamentos com o familiar apresenta uma média de 3,47 e desvio padrão de 0,35 (Tabela 10).

No que diz respeito à dimensão proximidade não foram encontradas diferenças significativas entre as diferentes relações com o doente, $F(4;82) = 0,80$; $p=0,53$, em que o cônjuge apresenta uma média de 3,44 e desvio padrão de 0,37; os pais uma média de 3,56 e desvio padrão de 0,32; o filho(a) uma média de 3,5 e desvio padrão de 0,3; o irmão(ã) com uma média de 3,56 e desvio padrão de 0,18; quanto aos outros relacionamentos com o familiar apresenta uma média de 3,33 e desvio padrão de 0,42 (Tabela 10).

Por último a dimensão segurança em que também não foram encontradas diferenças significativas entre as diferentes relações com o doente, $F(4;82) = 0,115$; $p=0,34$, em que o cônjuge apresenta uma média de 3,86 e desvio padrão de 0,28; os pais uma média de 3,95 e desvio padrão de 0,09; o filho(a) uma média de 3,88 e desvio padrão de 0,17; o irmão(ã) com uma média de 3,74 e desvio padrão de 0,27; quanto aos outros relacionamentos com o familiar apresenta uma média de 3,82 e desvio padrão de 0,13 (Tabela 10).

Tabela 10- Estatística descritiva entre as diferentes dimensões e a relação do participante

		N	Média	Desvio padrão
Suporte	Cônjuge	28	3,1214	0,34951
	Pai/Mãe	16	3,1890	0,45614
	Filho(a)	30	2,9995	0,38891
	Irmão(ã)	5	3,0533	0,25122
	Outro	8	3,0167	0,23299
	Total	87	3,0783	0,37207
Conforto	Cônjuge	28	3,0000	0,39804
	Pai/Mãe	16	3,0938	0,45121
	Filho(a)	30	2,8833	0,51071
	Irmão(ã)	5	3,0333	0,32059
	Outro	8	2,9583	0,31810
	Total	87	2,9751	0,43841
Informação	Cônjuge	28	3,5000	0,32454
	Pai/Mãe	16	3,7500	0,27764
	Filho(a)	30	3,6125	0,38472
	Irmão(ã)	5	3,3500	0,43661
	Outro	8	3,4688	0,35197
	Total	87	3,5733	0,35690
Proximidade	Cônjuge	28	3,4430	0,36968
	Pai/Mãe	16	3,5599	0,31994
	Filho(a)	30	3,5037	0,29575
	Irmão(ã)	5	3,5556	0,17568
	Outro	8	3,3333	0,41996
	Total	87	3,4818	0,33197
Segurança	Cônjuge	28	3,8580	0,28354
	Pai/Mãe	16	3,9464	0,08845
	Filho(a)	30	3,8810	0,17226
	Irmão(ã)	5	3,7429	0,27479
	Outro	8	3,8214	0,12663
	Total	87	3,8722	0,20918

Tabela 11- Estatística inferencial entre as diferentes dimensões e a relação do participante

ANOVA		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Suporte	Between Groups	0,468	4	0,117	0,838	0,505
	Within Groups	11,438	82	0,139		
	Total	11,906	86			
Conforto	Between Groups	0,514	4	0,129	0,659	0,623
	Within Groups	16,015	82	0,195		
	Total	16,529	86			
Informação	Between Groups	1,033	4	0,258	2,134	0,084
	Within Groups	9,922	82	0,121		
	Total	10,955	86			
Proximidade	Between Groups	0,358	4	0,089	0,804	0,526
	Within Groups	9,120	82	0,111		
	Total	9,478	86			
Segurança	Between Groups	0,200	4	0,050	1,153	0,338
	Within Groups	3,563	82	0,043		
	Total	3,763	86			

Para verificar se existe ligação entre as dimensões e o nível educacional dos participantes, recorreu-se ao teste ANOVA.

Após a análise da tabela 12 verifica-se que para a dimensão suporte não foram encontradas diferenças significativas entre o nível educacional: $F(2;84) = 0,77$; $p = 0,47$, apresentando para o ensino primário uma média de 3,11 e desvio padrão de 0,28; para o ensino secundário uma média de 3,12 e desvio padrão de 0,38; para o ensino superior uma média de 3,01 e desvio padrão de 0,41 (Tabela 13).

Para a dimensão conforto não foram encontradas diferenças significativas entre o nível educacional: $F(2;84) = 2,37$; $p = 0,099$, apresentando para o ensino primário uma média de 3,02 e desvio padrão de 0,39; para o ensino secundário uma média de 3,06 e desvio padrão de 0,35; para o ensino superior uma média de 2,84 e desvio padrão de 0,51 (Tabela 13).

Quanto à dimensão informação não foram encontradas diferenças significativas entre o nível educacional: $F(2;84) = 1,43$; $p = 0,244$, apresentando para o ensino primário uma média de 3,48 e desvio padrão de 0,3; para o ensino secundário uma média de 3,65 e desvio padrão de 0,37; para o ensino superior uma média de 3,55 e desvio padrão de 0,37 (Tabela 13).

No que concerne à dimensão proximidade não foram encontradas diferenças significativas entre o nível educacional: $F(2;84) = 0,402$; $p = 0,67$, apresentando para o ensino primário uma média de 3,42 e desvio padrão de 0,39; para o ensino secundário uma média de 3,5 e desvio padrão de 0,37; para o ensino superior uma média de 3,5 e desvio padrão de 0,27 (Tabela 13).

Para a última dimensão, segurança também não foram encontradas diferenças significativas entre o nível educacional: $F(2;84) = 0,216$; $p = 0,806$, apresentando para o ensino primário uma média de 3,85 e desvio padrão de 0,21; para o ensino secundário uma média de 3,89 e desvio padrão de 0,2; para o ensino superior uma média de 3,87 e desvio padrão de 0,21 (Tabela 13).

Como o nível de significância para todos os parâmetros analisados é superior a 0,005 conclui-se que não existe correlação entre as diferentes dimensões e o nível educacional do participante.

Tabela 12- Estatística inferencial entre as diferentes dimensões e o nível educacional do participante

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Suporte	Between Groups	0,216	2	0,108	0,770	0,466
	Within Groups	11,775	84	0,140		
	Total	11,991	86			
Conforto	Between Groups	0,861	2	0,430	2,374	0,099
	Within Groups	15,224	84	0,181		
	Total	16,085	86			
Informação	Between Groups	0,365	2	0,182	1,434	0,244
	Within Groups	10,678	84	0,127		
	Total	11,042	86			
Proximidade	Between Groups	0,092	2	0,046	0,402	0,670
	Within Groups	9,566	84	0,114		
	Total	9,658	86			
Segurança	Between Groups	0,019	2	0,010	0,216	0,806
	Within Groups	3,760	84	0,045		
	Total	3,779	86			

Tabela 13- Estatística descritiva entre as diferentes dimensões e o nível educacional do participante

		N	Média	Desvio padrão
Suporte	Ensino primário	17	3,1137	0,28163
	Ensino secundário	37	3,1210	0,38198
	Ensino superior	33	3,0162	0,40519
	Total	87	3,0798	0,37341
Conforto	Ensino primário	17	3,0196	0,38587
	Ensino secundário	37	3,0586	0,34964
	Ensino superior	33	2,8434	0,51360
	Total	87	2,9693	0,43247
Informação	Ensino primário	17	3,4779	0,29724
	Ensino secundário	37	3,6453	0,36505
	Ensino superior	33	3,5492	0,37362
	Total	87	3,5761	0,35833
Proximidade	Ensino primário	17	3,4191	0,39161
	Ensino secundário	37	3,5049	0,36662
	Ensino superior	33	3,4949	0,26657
	Total	87	3,4844	0,33512
Segurança	Ensino primário	17	3,8487	0,30917
	Ensino secundário	37	3,8887	0,20000
	Ensino superior	33	3,8701	0,15716
	Total	87	3,8738	0,20962

No que diz respeito à correlação entre as diferentes dimensões e a experiência anterior em UCI do participante recorreu-se ao teste de Levene e constata-se que não existem relações entre as dimensões e a experiência anterior em UCI, pois o teste não mostrou diferenças significativas para um intervalo de 95% de confiança, uma vez que a significância associada ao teste t foi superior a 0,05 (tabela 15).

Ao analisar a tabela 14 e 15, verifica-se que em relação à dimensão suporte os participantes que responderam que já tinham experiência anterior em UCI ($M = 2,98$; $DP = 0,43$) não apresenta significado estatístico em relação aos participantes que responderam ser a primeira vez que entram em contato com a UCI ($M = 3,14$, $DP = 0,33$), $t(85) = -1,84$; $p > 0,01$.

Em relação à dimensão conforto, verifica-se que os participantes com experiência em UCI ($M = 2,98$; $DP = 0,43$) não tem significado em relação aos participantes sem experiência ($M = 2,97$; $DP = 0,44$), $t(84) = 0,035$; $p > 0,01$.

No que concerne à dimensão informação, também não se verifica qualquer significado cujos participantes responderam sim ($M = 3,59$; $DP = 0,41$) com os participantes que responderam não ($M = 3,58$; $DP = 0,33$), $t(84) = 0,065$; $p > 0,01$.

Quanto à dimensão proximidade, verifica-se que os participantes com experiência em UCI ($M = 3,43$; $DP = 0,29$) não tem significado em relação aos participantes sem experiência ($M = 3,51$; $DP = 0,35$), $t(84) = -1,06$; $p > 0,01$.

Por último, a dimensão segurança observa-se que os participantes com experiência em UCI ($M = 3,89$; $DP = 0,16$) não tem significado em relação aos participantes sem experiência ($M = 3,86$; $DP = 0,23$), $t(84) = 0,49$; $p > 0,01$.

Tabela 14- Estatística descritiva entre as diferentes dimensões e a experiência anterior do participante numa UCI

Experiência anterior em UCI		N	Média	Desvio Padrão
Suporte	Sim	27	2,9813	0,42863
	Não	59	3,1364	0,32961
Conforto	Sim	27	2,9753	0,42793
	Não	59	2,9718	0,44004
Informação	Sim	27	3,5880	0,40847
	Não	59	3,5826	0,32712
Proximidade	Sim	27	3,4306	0,29334
	Não	59	3,5134	0,35292
Segurança	Sim	27	3,8889	0,16496
	Não	59	3,8648	0,22912

Tabela 15- Estatística inferencial entre as diferentes dimensões e a experiência anterior do participante numa UCI

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Suporte	2,010	0,160	-1,838	84	0,070	-0,15510	0,08438	-0,32289	0,01270
			-1,668	40,642	0,103	-0,15510	0,09298	-0,34293	0,03274
Conforto	0,134	0,716	0,035	84	0,972	0,00356	0,10138	-0,19805	0,20516
			0,035	51,811	0,972	0,00356	0,10032	-0,19777	0,20488
Informação	2,001	0,161	0,065	84	0,948	0,00534	0,08232	-0,15837	0,16904
			0,060	41,885	0,953	0,00534	0,08940	-0,17510	0,18578
Proximidade	1,765	0,188	-1,063	84	0,291	-0,08286	0,07798	-0,23793	0,07221
			-1,138	60,043	0,259	-0,08286	0,07279	-0,22846	0,06273
Segurança	0,251	0,618	0,490	84	0,625	0,02408	0,04911	-0,07358	0,12173
			0,553	68,307	0,582	0,02408	0,04356	-0,06284	0,11100

Quanto às diferentes dimensões e o sexo do familiar utilizou-se o teste de Levene e verifica-se que não existem relações entre as dimensões e o sexo do familiar, pois o teste não mostrou diferenças significativas para um intervalo de 95% de confiança, uma vez que a significância associada ao teste t foi superior a 0,05 (tabela 17).

Ao analisar a tabela 16 e 17, verifica-se que em relação ao sexo do familiar, não existe significado estatístico, para a dimensão suporte entre os familiares do sexo masculino ($M = 3,08$; $DP = 0,35$) e os 29 familiares do sexo feminino ($M = 3,09$, $DP = 0,42$), $t(85) = -0,18$; $p > 0,01$.

Em relação à dimensão conforto, também não existe significado entre os familiares do sexo masculino ($M = 2,95$; $DP = 0,4$) e os familiares do sexo feminino ($M = 3,01$; $DP = 0,49$), $t(85) = -0,576$; $p > 0,01$.

No que concerne à dimensão informação, também se verifica que não existe significado entre os familiares do sexo masculino ($M = 3,56$; $DP = 0,37$) e os do sexo feminino ($M = 3,61$; $DP = 0,33$), $t(85) = -0,635$; $p > 0,01$.

Quanto à dimensão proximidade, não se verifica qualquer significado estatístico entre o sexo masculino ($M=3,48$; $DP=0,31$) e o sexo feminino do familiar ($M= 3,5$; $DP= 0,38$), $t(84) = -0,29$; $p>0,01$.

Por último, a dimensão segurança observa-se que não há significado entre o sexo masculino ($M=3,89$; $DP=0,19$) e os familiares de sexo feminino ($M= 3,84$; $DP= 0,25$), $t(84) = 1,406$; $p>0,01$.

Tabela 16- Estatística descritiva entre as diferentes dimensões e o sexo do familiar

Sexo (familiar)		N	Média	Desvio padrão	Std. Error Mean
Suporte	Masculino	58	3,0755	0,34996	0,04595
	Feminino	29	3,0908	0,42406	0,07875
Conforto	Masculino	58	2,9540	0,40800	0,05357
	Feminino	29	3,0115	0,49588	0,09208
Informação	Masculino	58	3,5560	0,36886	0,04843
	Feminino	29	3,6078	0,33528	0,06226
Proximidade	Masculino	58	3,4782	0,31385	0,04121
	Feminino	29	3,5005	0,38203	0,07094
Segurança	Masculino	58	3,8920	0,18626	0,02446
	Feminino	29	3,8424	0,24845	0,04614

Tabela 17- Estatística inferencial entre as diferentes dimensões e o sexo do familiar

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower Upper
Suporte	1,802		0,183	-0,180	85	0,858	-0,01535	0,08551	-0,18537 0,15466
				-0,168	47,605	0,867	-0,01535	0,09117	-0,19871 0,16800
Conforto	0,529		0,469	-0,576	85	0,566	-0,05747	0,09982	-0,25594 0,14099
				-0,539	47,491	0,592	-0,05747	0,10653	-0,27173 0,15679
Informação	1,229		0,271	-0,635	85	0,527	-0,05172	0,08145	-0,21368 0,11023
				-0,656	61,144	0,514	-0,05172	0,07888	-0,20945 0,10600
Proximidade	3,134		0,080	-0,290	85	0,773	-0,02227	0,07683	-0,17504 0,13050
				-0,271	47,432	0,787	-0,02227	0,08204	-0,18728 0,14274
Segurança	0,082		0,775	1,046	85	0,299	0,04967	0,04749	-0,04475 0,14409
				0,951	44,233	0,347	0,04967	0,05222	-0,05555 0,15489

Após obter estes dados foi realizado um paralelismo entre os dados obtidos e a pesquisa bibliográfica realizada, no capítulo seguinte.

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentados os dados mais relevantes torna-se importante analisar os resultados obtidos e comentá-los à luz da evidência encontrada no enquadramento teórico. Pretende-se realizar uma reflexão crítica sobre o significado desses dados e comparar os resultados obtidos com os resultados de outras investigações já desenvolvidas, nomeadamente o estudo levado a cabo por Sara Campos em 2014.

O objetivo da presente investigação é identificar e descrever as principais necessidades sentidas pelos familiares da PSC internada numa UCI, assim como avaliar, identificar e analisar a correlação existente entre as diferentes dimensões e entre as diferentes variáveis.

A discussão dos resultados basear-se-á na melhor evidência disponível que permita intervir para que se melhore a preparação dos familiares na primeira visita à UCI.

A amostra deste estudo é constituída por 88 familiares de referência da PSC internada em UCI. Como dados sociodemográficos verifica-se que os familiares apresentam uma média de idades de 47,3% ($DP=13,6$), sendo a maioria do sexo feminino (65,9%) e em que predomina o ensino secundário como habilitações académicas (42%). Destaca-se como familiar de referência os filhos (34,1%) e 31,8% os cônjuges, sendo os restantes distribuídos por outros graus de parentesco.

Quanto à PSC observa-se que correspondem maioritariamente ao sexo masculino (65,9%), com uma média de idades de 64,5% ($DP= 15,475$)

É importante referir que 67% dos participantes foi a primeira vez que teve contato com uma UCI, portanto a maioria das respostas obtidas nos questionários, são fruto do primeiro impacto com essa realidade. Como refere Campos (2014), o internamento de um familiar numa UCI é geralmente um momento muito stressante para a família, que não tem tempo para se reorganizar, em que as suas rotinas diárias ficam abruptamente alteradas, sentindo-se assim fragilizados, desencadeando assim diferentes tipos de necessidades, que têm sido estudadas ao longo dos anos.

A situação de saúde/doença da PSC poderá ser um dos eventos mais inesperados a perturbar toda a dinâmica familiar, o que poderá despoletar uma transição situacional vivenciada momentaneamente pela família. Isto implica a que haja uma redefinição dos papéis de cada um

dos familiares envolventes, de acordo com o contexto em que estão inseridos, obrigando-os a adquirir e aprender novos conhecimentos e competências que contribuam para a alteração do seu comportamento (Meleis, 2007). Toda esta situação é, para Meleis (2011) um processo de transição, sendo importante que o enfermeiro participe em toda a esta dinâmica de tentar perceber e satisfazer as necessidades da família, de modo a que essa transição seja o mais saudável possível.

Avaliando individualmente as necessidades identificadas pelos familiares de referência, constata-se que as que apresentaram maior evidência, classificadas como “muito importante” foram saber o prognóstico do seu familiar (96,6%), ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados (94,3%), obter sinceras/honestas às questões colocadas (92%), sentir que os profissionais de saúde se preocupam com o seu familiar (92%), receber informações pelo menos uma vez por dia (85,2%), conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar (85,2), saber qual é o tratamento médico do seu familiar (83%), falar diariamente com o médico (83%).

No estudo de Campos (2014) verifica-se que para esta autora as respostas com maior importância foram “ter a certeza que o familiar tem os melhores cuidados possíveis (97,5%), saber o prognóstico de seu familiar (96,2%), saber exatamente o que está a ser feito pelo seu familiar (96,2%), seguido pela necessidade de saber do tratamento médico (86,1%), qual o motivo pelo qual as técnicas são realizadas (84,8%) e ter instruções sobre como proceder junto do seu familiar (86,1%). Comparando estes resultados com os da presente dissertação verifica-se que existem algumas semelhanças em relação às necessidades atribuídas como “muito importantes” pelos familiares.

Baião (2017) conclui na sua investigação, que a necessidade que obteve maior importância foi “conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar (85%), seguido de receber informações em casa sobre alterações da condição do seu familiar (77,5%), falar diariamente com o médico (72,5%) e receber informações que o familiar compreenda (57%). Também no estudo efetuado por Maruiti e Galdeano (2007) e de Martin et al (2014) referem que a necessidade mais importante para os familiares foi “falar com o médico todos os dias” (79,5%). Num estudo mais recente, desenvolvido por Salameh e colaboradores (2020), o item que os familiares atribuíram maior importância foi receber informações em casa sobre alterações da condição do seu familiar (79,9%), seguido de ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis (69,6%) e sentir que há esperança (68,75%). Estes dados são um pouco diferentes dos obtidos na presente dissertação.

Relativamente às necessidades com menor importância para os familiares, no presente estudo destacam-se um grau de importância muito baixo aos seguintes itens: ter acesso a alimentação no hospital (39,8%) e 19,3% dos familiares atribuíram sem importância; ter um lugar no hospital para poder estar sozinho (37,5%); ter assistência religiosa/espiritual (37,5%) e 20,5% dos familiares responderam “sem importância” a este item; receber informações sobre a assistência religiosa/espiritual hospitalar (37,5%) e 21,6% dos participantes não deram qualquer importância a esta necessidade; ter telefone perto da sala de espera (35,2%) e 19,3% consideram sem qualquer importância; falar diariamente com o mesmo enfermeiro (33%) e ter mobiliário confortável na sala de espera (31,8%).

No estudo de Campos (2014) as necessidades menos valorizadas foram: ter mobiliário confortável (46,8% responderam pouco importante); ter acesso a alimentação no hospital (44,3% dos inquiridos atribuíram pouco importante e 24,% sem importância); ter um lugar no hospital para poder estar só (44,2% consideram pouco importante); receber informação sobre a assistência religiosa/espiritual hospitalar (em que 41,8% atribuíram pouco importante e 12,7% sem importância). Estas necessidades consideradas menos importantes já vão ao encontro dos resultados da presente investigação. Contrariamente a estes resultados, no estudo de Salameh, Basha, & Eddy (2020), as necessidades com menos importância foram ter um horário de visitas adaptável a condições especiais (17,92%) e poder falar das suas emoções/sentimentos relativamente à situação (17,92%).

Face ao tema estudado na presente dissertação, é importante ressaltar que 71,6% dos participantes responderam ser muito importante ter instruções sobre como proceder junto do seu familiar; 53,4% atribuem o facto de estar acompanhado de outra pessoa quando visita o seu familiar à UCI como muito importante e 56,8% dos familiares consideram muito importante e 34,1% importante obter informações sobre o ambiente da UCI antes de entrar pela primeira vez. O impacto sentido pelos familiares da PSC internada numa UCI é enorme e que potencia uma vulnerabilidade acrescida, em que o acolhimento à família assume uma importância extrema, pois é desde o primeiro contato que se estabelece um vínculo de confiança entre o enfermeiro e a família (A. Silva, 2019). Assim, um acolhimento adequado permite que o enfermeiro identifique quais as principais necessidades sentidas pela família, contribuindo para minimizar sentimentos de sofrimento, incerteza e impotência face ao internamento do seu familiar.

Resumindo, após analisar individualmente cada item, foi possível identificar quais as necessidades de maior e menor importância para os familiares da PSC. Pode-se depreender que as percentagens

das respostas que os familiares evidenciam maior grau de importância se sobrepõe às de menor importância, constituindo um fator de demonstração que são essas as necessidades sentidas pelos familiares de referência.

As necessidades de maior importância neste estudo são as relacionadas com a segurança ($M=3,87$; $DP=0,33$), seguida de informação ($M=3,58$; $DP=0,36$), proximidade ($M=3,49$; $DP=0,33$), suporte ($M=3,08$; $DP=0,37$) e, por último, as necessidades relacionadas com o conforto ($M=2,98$; $DP=0,44$).

Também no estudo de Loureiro (2011), as necessidades mais importantes foram as relacionadas com a segurança ($M=3,48$), informação ($M=3,46$), Suporte ($M=3,20$), proximidade ($M=3,11$) e conforto ($M=2,98$). Já no estudo de Campos (2014) a informação foi a necessidade considerada mais importante para a família da PSC. Também no estudo de Lentsck et al (2019), a necessidade mais importante para os familiares é a segurança e a de menor importância são as necessidades relacionadas com o conforto. À semelhança destes resultados, também Batista e colaboradores (2019) consideram que as necessidades mais importantes estão relacionadas com a informação e segurança, assim como Alsharari (2019) que constatou que a necessidade considerada mais importante para os familiares foi a segurança, seguida de informação, proximidade, conforto e, por último a necessidade de suporte. O estudo de Salameh e colaboradores (2020) revela que a necessidade mais importante é a segurança (64,1%), proximidade (58,7%), informação (56,1%), conforto (54,3%) e suporte (50,1%).

O facto das necessidades de conforto serem maioritariamente menos valorizadas nesta dissertação, vai ao encontro com outros estudos preconizados por Molter (1979), Melo (2005), Freitas et al (2007) e, que demonstra que os familiares centram as suas preocupações na PSC, remetendo para segundo plano as suas próprias necessidades. Este fator é deveras importante, no sentido de alertar os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, para a importância de ajudar os familiares a tomarem consciência das suas próprias necessidades.

De acordo com Leske (1991), uma das criadoras do CCFNI, as necessidades de suporte estão ligadas ao facto de oferecer ajuda ou assistência; as de conforto indicam as necessidades pessoais, de forma a obter alívio no sofrimento e angústia; as de informação implicam a procura de informações e conhecimento através do envolvimento da família; a proximidade traduz a necessidade de contacto pessoal e estar próximo do familiar internado; a segurança envolve a capacidade da equipa de saúde transmitir confiança, segurança e esclarecimento de dúvidas.

Prosseguindo com os dados obtidos, para avaliar a normalidade dos respetivos itens e das diferentes dimensões, recorreu-se ao coeficiente de assimetria e curtose. De acordo com Maroco (2014) verifica-se o pressuposto da normalidade se os valores de assimetria e curtose se encontrarem num intervalo de confiança de $[-1,96; 1,96]$. Assim, verifica-se que as dimensões suporte ($S = -0,097$; $K = -0,015$), conforto ($S = -0,269$; $K = 0,462$), informação ($S = -0,909$; $K = 0,137$), proximidade ($S = -0,436$; $K = -0,415$) encontram-se dentro da normalidade. Apenas a dimensão segurança assume valores diferentes ($S = -3,023$; $K = 12,111$), o que significa que esta dimensão afasta-se claramente da distribuição normal, ou seja, é a que tem maior importância para os familiares da PSC, o que corrobora o que já foi apresentado quer na análise dos dados quer na discussão dos mesmos.

Prosseguiu-se o estudo com as correlações entre as respetivas dimensões, através do coeficiente de Pearson, e constatou-se que não existe qualquer tipo de correlação entre as dimensões conforto e segurança, uma vez que o valor de r não é significativo (0,205).

A correlação suporte/conforto é a que representa um valor mais alto ($r = 0,643$), seguida da dimensão conforto/proximidade ($r = 0,608$), dimensão informação/proximidade ($r = 0,607$), dimensão informação/segurança ($r = 0,578$), suporte/proximidade ($r = 0,541$), suporte/informação ($r = 0,507$), proximidade/segurança ($r = 0,502$), conforto/informação ($r = 0,501$). A dimensão suporte/segurança é a que apresenta uma correlação mais fraca com um valor de r de 0,337.

Em suma, todas as correlações existentes entre as dimensões são positivas, variando entre 0,337 e 0,643. Segundo Pestana & Gageiro (2005) o facto de existirem correlações totalmente positivas sugere concordância nas classificações atribuídas e a moderada intensidade (quando os valores do coeficiente de Pearson estão compreendidos entre 0,4 e 0,69 a qualidade da relação é considerada moderada) entre as dimensões, indica que cada item apresenta uma parte comum aos restantes itens, mas também explica algo único e específico, contrariamente às correlações muito elevadas, que levantam dúvidas acerca da redundância dos resultados.

Posteriormente, através da realização de testes de hipóteses, procurou-se verificar a existência de correlações entre as variáveis sócio demográficas e as diferentes dimensões.

Constatou-se que não existe correlação entre as diferentes dimensões e a idade do participante, uma vez que o valor do coeficiente de Pearson não é significativo. Quanto ao sexo do participante, através dos resultados obtidos, verificou-se que as mulheres atribuem mais significado à dimensão

informação ($M=3,65$), suporte ($M=3,165$) e conforto ($M=3,07$), comparativamente com o sexo masculino. Quanto às dimensões proximidade e segurança, constatou-se que não existe correlação em relação ao sexo dos participantes. Segundo Loureiro (2011) este facto pode justificar-se devido às mulheres serem mais afetivas e sensíveis, o que se evidencia na cultura portuguesa. Também no estudo da mesma autora refere que ambos os sexos dão maior importância à segurança, informação, proximidade, suporte e a menos importante são as necessidades relacionadas com o conforto. Contudo, os participantes do sexo feminino atribuem maior importância às necessidades que os homens.

Quanto à relação do participante com as dimensões não se verificaram correlações significativas, uma vez que para todos os valores obtidos o $p \geq 0,05$.

Também não se verificaram correlações entre as diferentes dimensões e o grau de escolaridade do participante, sobre experiência anterior em UCI. No que diz respeito à PSC, também não se obteve correlações entre as dimensões através dos dados obtidos.

Também no estudo de Loureiro (2011), não encontrou significado estatístico entre as correlações e os dados do participante. Salameh e colaboradores (2020) constataram diferenças significativas quanto ao nível de importância nas dimensões relacionadas com a segurança, proximidade e suporte cujos participantes apresentavam maior grau de escolaridade.

Há inúmeros estudos que descrevem as necessidades da família da PSC, internada em UCI, no entanto, apesar da pesquisa efetuada, não se encontram investigações, nomeadamente em Portugal, que estabeleçam estas correlações entre as diferentes dimensões e os dados sócio demográficos da família e que demonstrem estatisticamente significado entre elas.

Perante isto, prossegue-se no próximo capítulo com as principais conclusões, dificuldades, limitações na realização deste estudo. Assim como dar sugestões e contributos para que se possa diminuir o sofrimento da família quando visita o seu familiar na UCI.

6- CONCLUSÃO

O presente capítulo traduz o culminar de todo o estudo de investigação, onde serão apresentadas as conclusões obtidas com a análise dos dados, identificar as limitações do estudo e, por fim, expor possíveis contributos para a melhoria dos cuidados de Enfermagem.

Uma vez que as UCI estão envolvidas num enorme aparato tecnológico, em que são exigidos cuidados altamente diferenciados a nível técnico, muitas vezes a família não é englobada no processo de cuidados, por parte da equipa de Enfermagem, focando os seus cuidados na PSC. Partindo do pressuposto que a família é parte integrante da pessoa internada em UCI, revela-se de toda a importância identificar as suas necessidades.

A identificação da importância e respetivo valor que os familiares atribuem a cada necessidade permite ao enfermeiro um planeamento mais adequado de ações no plano de cuidados de Enfermagem, com o objetivo de satisfazer as necessidades da família. Os enfermeiros assumem uma posição privilegiada para identificar as necessidades da família e desenvolver estratégias para as satisfazer, pois são os profissionais de saúde que mais interagem com o doente e a família. O facto dessas necessidades serem satisfeitas ajuda a minimizar o stress e sentimentos como o medo, ansiedade, reforçando a confiança da família no sistema de saúde (Loureiro, 2011).

Tendo em conta os objetivos propostos para este estudo de investigação e, de acordo com a análise estatística dos dados, pode-se concluir que os familiares inquiridos identificaram como mais importantes na primeira visita as necessidades de segurança, informação e proximidade. As de menor importância estão relacionadas com o conforto. Mais especificamente o item que obteve maior percentagem foi “saber o prognóstico do seu familiar”, “ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis”, “obter respostas às questões colocadas” e “sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar”.

De salientar que as necessidades que foram consideradas menos importantes para os familiares foram ter acesso à alimentação no hospital, ter um lugar no hospital para poder estar sozinho e ter assistência religiosa/espiritual.

No que concerne a nível de correlações entre as diferentes dimensões verificou-se que são estatisticamente positivas, à exceção da dimensão conforto/segurança que não apresentou qualquer significado estatístico. Quanto às correlações entre as dimensões e os dados sociodemográficos, concluiu-se que a única variável com significado estatístico é o sexo do

participante, em que o sexo feminino atribuiu maior importância à dimensão informação, suporte e conforto, comparativamente com o sexo masculino.

As principais limitações desta investigação estão relacionadas com o tamanho da amostra. Não foi possível realizar mais questionários, uma vez que as visitas dos familiares ao hospital foram suspensas, conforme as indicações emanadas pela DGS no atual contexto de pandemia devido ao COVID.

Assim, a principal sugestão é que se realizem mais estudos em Portugal, com uma amostra populacional maior, em que seja aplicado o INFUCCI como instrumento de colheita de dados, uma vez que em a investigação envolvendo este inventário no nosso país é muito escassa.

Pretende-se com este estudo e, de acordo com os resultados obtidos, consciencializar os profissionais de saúde de que o cuidado centrado na família é fundamental para a qualidade de cuidados prestados à PSC, devendo a família ser parte integrante desse cuidado.

Sugere-se que seja elaborado um guia de acolhimento, tendo em conta as necessidades valorizadas pela família, com o objetivo de minimizar o impacto sentido na primeira visita, diminuindo desta forma a angústia e todos os sentimentos negativos vivenciados nestas situações tão delicadas, melhorando a sua integração na UCI.

Como considerações finais, considera-se que o desenvolvimento deste tipo de estudos permitirá ampliar a compreensão desta temática, assim como a possibilidade de intervenções de Enfermagem mais apropriadas, facilitando toda a vivência de transições saúde/doença de uma forma mais saudável e efetiva.

Temos constatado que, ao longo dos anos a Enfermagem vai construindo o seu percurso enquanto disciplina e profissão, melhorando a qualidade dos cuidados de saúde prestados à pessoa, família e comunidade. Assim, os enfermeiros têm como função serem atores e dinamizadores da investigação científica que produza conhecimentos, para uma prática baseada na evidência.

Como refere Nunes (2017, p.112), “a razão de ser da investigação de Enfermagem é produzir conhecimento que suporte a prática”.

O paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica e sua família requer dos enfermeiros uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, J.A.; Anderson, R.A; Docherty, S.L; Tulsy, J.A.; Steinhauer, K.E.; Baily, D.E.; (2014). *Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying*. Journal article. ISSN 0147-9563.
- Almeida, A.S.; Aragão, N. R. O., Moura, E.; Lima, G. C.; Hora, E. C. ; Lausimary, A. S. M. (2009). *Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva*. Revista Brasileira de Enfermagem 62 (6), p. 844-849. Brasília. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0034-71672009000600007>
- Almeida, M., & Ribeiro, J. (2008). *Stress dos doentes nos cuidados intensivos*. Referência. p. 79-88.
- Alvarez, G., & Kirby, A. (2006). *The perspective of families of the critically ill patients: their needs*. Current Opinion in Critical Care.p. 614-618.
- Alsharari, A. (2019). *The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit*. Dove Medical Press Journal. Arábia Saudita.
- Atkinson, B.L. (2009). *A unidade de cuidados intensivos*. Revista Nursing. Edição portuguesa, nº242, p.43-49; ISBN 0871-6196.
- Baião, J. (2017). *Necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita em cuidados intensivos*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Leiria. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2654/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Grau%20Mestre%20-%20Necessidades%20de%20Familiares.pdf>
- Batista, V.C; Monteschio, L.V.C.; Godoy, F.J.; Góes, H.L.F.; Matsuda, L.M.; Marcon, S.S. (2019). *Necessidades dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva*. Rev. Fund Care Online, p.540-546. Brasil. Disponível em: [www.seer.unirio.br>article>download>pdf](http://www.seer.unirio.br/article/download/pdf)
- Bento, A. (2012). *Como fazer uma revisão de literatura: considerações teóricas e práticas*. Revista JA (Associação Acadêmica da Madeira) nº65.p.42-44. ISSN 1647-8975.
- Bettinelli, L.,& Erdmann, A. (2009). *Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado*. Avances en enfermería, p.10-19.

- Borges, D. (2015). *A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível em:
http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf
- Cabete, D., Fonte, C., Matos, M., Patrica, H., Silva, A., Silva, V.(2019). *Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem*. Revista de Enfermagem, série IV, nº 20, p. 129-138. Disponível em:
<https://doi.org/10.12707/RIV18062>
- Camponogara, S.; Santos, T.M; Seiffert, M.A.; Alves, C. N. (2011). *O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica*. Revista de enfermagem, p.124-132.
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2237>
- Campos, S. (2014). *Necessidades da família em cuidados intensivos- Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory*. Dissertação de mestrado. Instituto Universidade do Porto. Disponível em:
<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77954>
- Carpenter,A.& Carpenter, R. (2003). *O ambiente de cuidados intensivos*. Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica, 6ª edição. Loures. Lusociência, p.1045-1172. ISBN 972-8383-65-7.
- Carvalhido, J. (2014). *Práticas relacionais dos enfermeiros com a família em UCI*. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em:
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77880/2/33930.pdf>
- Castro, C. Vilelas, J., Botelho, M.(2011). *A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da literatura*. Revista Pensar Enfermagem, vol 15, nº2, p-41-59. Disponível em:
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23939/1>
- Chick, K., & Meleis, A. (1986). *Transition: a nursing concern. Nursing research Methodology*. Reckeville: aspen, p. 237- 257.
- Corte- Real, I. (2007). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Revista portuguesa de bioética: cadernos de bioética, nº 1, p.115-123.
- Curry, S. (1995). *Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente na UCI*. Revista Nursing, nº 94, p. 26-30. Lisboa ISSN: 071-6196.

Díaz, L. (2014). *La familia del paciente en unidade de cuidado intensivo*. Programa de Psicologia. Escola de Medicina e Ciências da Saúde da Universidade del Rosario. Bogota.

Diário da República, 2ª série, nº 135. Regulamento 429/2018 publicado a 16 Julho de 2018, p.19362.

Diário da República, *Competências comuns do enfermeiro especialista*. Regulamento 240/2019 de 18 de Fevereiro de 2019.

Dicionário da Língua Portuguesa (novo acordo ortográfico).Porto Editora. Porto. ISBN: 978-972-0-01683-6.

Direção Geral da Saúde (2004). *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. Lisboa.

Esteves, N. (2012). *Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos*. Autor.

Faria, J., Pontifice-Sousa, P., Gomes, M. (2018). *O conforto do doente em cuidados intensivos- revisão integrativa*. Enfermeria Global, nº 50, p. 490-502. Disponível em:

http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-477.pdf

Fontes, A. & Ferreira, A. (2009). *Do outro lado da porta... Falar com a família numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Sinais Vitais, nº85, p. 33-38. Coimbra. ISSN 0872-0844.

Fortin, M. F. (2003) *O processo de investigação: da concepção à realidade*. Loures. Lusociência.

Fortin, M. F. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta.

Freitas, K. (2005). *Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo. Disponível em: www.teses.usp.br

Freitas, K., Kimura, M.; Ferreira, K.(2007). *Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Volume 15, nº1, p.1-9. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0104-11692007000100013&lng=en&tling=pt

Frizon, G.; Nascimento, E.R.P.N; Bentoncello, K. C. G. B.; Martins, J.J. (2011). *Famílias na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados*. Revista Gaúcha de Enfermagem, nº 32, p. 72-75. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100009

- Gullo, A.; Lumb, P.D; Besso, J.; Williams, G.F. (2009). *Intensive and critical care medicine*. Springer-Verlag. Milão, Itália.
- Gotardo, G., & Silva, C. (2005). *O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva*. Rev. Enfermagem.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. 2ª Edição. Lusociência, Loures.
- Hashim, F., & Hussin, R. (2012). *Family needs patients admitted to intensive care unit in a public hospital*. Social and Behavioral Sciences. P. 103-111.
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de Enfermagem dos CIE*. Lusodidacta. Loures.
- Hsiao, P.; Redley, B.; Hsiao, Y.; Lin, C.; Han, C.; Lin, H. (2016) *Family needs of critically ill patients in the emergency department*. International Emergency Nursing, p. 3-8.
- International Classification for Nursing Practice- ICN (2010). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Versão 2. Ordem dos enfermeiros. Lusodidacta. Lisboa.
- International Council of nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Versão 2. Edição portuguesa. Ordem dos enfermeiros.
- Inaba, L.; Silva, M. J. P.; Telles, S.C.R. (2005). *Paciente crítico e comunicação: visão dos familiares sobre sua adequação pela equipa de enfermagem*. Revista da Escola de Enfermagem USP, Volume 39, nº 4, p. 423-429. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/07.pdf>
- Kaakinen, J.R.; Coehlo, D.P.; Steele, R.; Robinson, M. (2010). *Family health care nursing. Theory, practice and research*. 4ª Edição. Philadelphia: F.A. Davis.
- Khalaila, R. (2014). *Meeting the needs of patients families in intensive care units*. Nursing Standard, p.37-44. ISSN: 0029-6570
- Knobel, E.; Andreoli, P.B.A.; Erlichman, M.R. (2008). *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo. ISBN 978-85-7379-987-3.
- Lancaster, J., & Stanhope, M. (1999). *Enfermagem comunitária: Promoção da Saúde de grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª Edição, Lusociência. Lisboa.

- Leite, M., & Vila, V. (2005). *Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, volume 13, nº2, p.145-150.
- Lemos, R., & Rossi, L. (2002). *O significado cultural atribuído ao Centro de Terapia Intensiva por Clientes e seus Familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, volume 10, nº3, p. 345-357.
- Lentsck, M.H.; Santos, T.M.; Baratieri, T.; Pilger, C.; Pitilin, E.B.; Soares, L.G.S. (2019). *Needs of family members of patients with cardiovascular diseases under intensive care*. Rev. Rene. Brasil.
<https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192040705>
- Leske, J. (1991). *Internal psychometric properties of the Critical Care Needs Inventory*. Heart & Lung. P.236-244.
- Lima, M. (2015). *Cuidado de enfermagem à família de pacientes internados em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa*. Revista de enfermagem.
- Llamas-Sanchez, F.; Córdón, J.F; Mosquera, M.E.A.; Vásquez, J.G.; Marín, M.J.A.; Rodríguez, C.M. (2009). *Needs of the families in a critical care unit*. Enfermeria Intensiva. P. 50-57. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19558932/>
- Lopes, F. (1995). *Critical care family needs inventory: a cognitive researchutilization approach*. Critical care nurse.
- Loureiro, A. (2011). *Satisfação das necessidades dos familiares dos doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em:
<https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1648>
- Louro, A. (2014). *Estratégias para o cuidado humanizado à pessoa em situação crítica*. Relatório de estágio para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Disponível em:
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15337/1/>
- Maestri, E. (2012). *Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva*, p. 73-78.
- Maroco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 6ª Edição. ReportNumber. Lisboa.

- Martin, D.; Sousa, P.; Baptista, P. (2014). *Necessidades dos familiares do doente crítico internado numa unidade de cuidados intensivos: perspetiva do enfermeiro*. Revista sinais vitais, nº 114, p. 15-26.
- Martins, J.J.; Nascimento, E.R.P.; Geremias, C.K.; Schneider, D.G.; Scheitzer, G.; Neto, H.M. (2008). *O acolhimento à família na unidade de terapia intensiva: conhecimento de uma equipa multiprofissional*. Revista eletrónica de enfermagem, vol. 10, nº4. ISSN 1518-1944. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>
- Maruiti, M & Galdeano, L.E. (2007). *Necessidades de familiares de pacientes internados em unidades de cuidados intensivos*. Acta Paulista de Enfermagem.p.3 7-43.
- Maslow, A. (2004). *Motivation and personality*. Harper e Brothers, p.32. Nova Iorque.
- Maxwell, K.E., Stuenkel, D.; Saylor, C. (2007). *Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurses and family perceptions*. Heart & Lung. P.367-376.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17845883/>
- Melo, J. (2005). *As necessidades dos familiares de doentes internados em UCI: percepção dos familiares, médicos e enfermeiros*. Dissertação de mestrado. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa.
- Meleis, A.; Sawyer, L.M.; Im, E.O.; Messias, D.K.H;Schumacher, K. (2000). *Experience Transitions: an emerging middle-range theory*. Nursing Science, Volume 23, nº11.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. 4ª Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 0-7817-3673-0.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company, LLC. IBSN: 978-0-8261-0535-6
- Meleis,A., et al (2010). A.*Experiencing transitions: An emerging middle range theory*. Advances in Nursing, volume 23, nº 1, p. 12-28. ISSN01619268.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing development & progresso*.5ª edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos- desalojar o desassossego que vive em si*. Lusodidacta. Loures.

- Mendes (2016). *Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na Unidade de Cuidados Intensivos*. Texto contexto enfermagem. ISSN 1980-26 SX.
- Millar, B. (1989). *Critical Support Care*. Nursing Times, vol 85, nº 16, p. 31-33.
- Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2013). *Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos*. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência- Medicina Intensiva.
- Molter, N. (1979). *Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study*. Heart and Lung, p. 322-330.
- Morgon, F., & Guiraldello, E. (2004). Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva.
- Morton, P.G.; Gallo, B.M.; Hudax, C.M.; Fontaine, D.K. (2007). *Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística*. 8ª Edição. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.
- Munyiginya, P. & Brysiewicz, P. (2014). *The needs of patient family members in the intensive care unit in Kigali, Rwanda*. Southern African Journal of critical care. Volume 30, nº1. Ruanda.
- Nascimento, V.F.; Maciel, M.M.; Lemes, A.G.; Borges, A.P.; Terças, A.C.P. (2015). *Percepções de familiares sobre hospitalização no ambiente intensivo*. Revista de Enfermagem da UFPI, p.92-99.
- Norton, C. (2007). *A experiência da família com doença crítica*. 8ª Edição. Rio de Janeiro. ISBN 978-85-277-1267-5.
- Nunes, L. (2010). *Do perito e do conhecimento em enfermagem, uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem*. Revista Percursos.
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. 1ª Edição. Lusodidata. Loures.
- Oliveira, C., Nunes, E. (2014) *Cuidando da família na UTI: desafio de enfermeiros na praxis interpessoal do acolhimento*. Revista Texto & Contexto Enfermagem, p. 954-963.

- Oliveira, P. (2011). *Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: <https://www.repositorio.esenfc.pt>
- Oliveira, E. (2012). *O primeiro contato da família com a UCI*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1804>
- Ordem dos enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Versão 2. Lusodidacta. Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros (2015). *Deontologia profissional de Enfermagem*.
- Ordem dos médicos (2018). *Documento orientador da formação em medicina intensiva*.
- Passos, S.S.; Silva, J.O.S.; Santana, V.S; Santos, V.M; Pereira A.; Santos, L. (2015). *O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva*. Revista Enfermagem.
- Pelazza, B.B.; Simoni,R.C.; Freitas, E.G.B.; Silva, B.R.; Silva, M.J.P. (2015). *Nursing visit and doubts expressed by families in the intensive care unit*. Acta Paulista de Enfermagem, volume 28, nº1. São Paulo. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1982-0194201500011>
- Pereira, E. (2000). *A unidade de cuidados intensivos e o hospital*. Lisboa. Wyeth Lederle.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*, 4ª edição, Edições Silabo. Lisboa.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Formasau. Coimbra.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. Loures.
- Pias, M. (2008). *Ansiedade e stress na família do doente em estado crítico*. Revista Sinais Vitais, nº81, p. 11-15.
- Plowright, C. (1996). *Necessidade das visitas na unidade de cuidados intensivos*. Revista Nursing, nº102,

- Polit, D.F.; Beck, C.T.; Hungler, B.P. (2004) *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª edição. Porto Alegre. Artmed editora. ISBN: 9798573079844.
- Pupulim, J. & Sawada, N. (2002). *O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral*. Revista Latino-Americana, volume 10, nº3, p. 443-448.
- Quivy, R.& Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. 2ª edição. Lisboa. Gradiva.
- Rabim, F. (2017). *Perspetiva especializada em enfermagem na abordagem ao doente crítico: da urgência aos cuidados intensivos cardiorácicos*. Relatório de estágio no âmbito do mestrado em enfermagem, área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem S. José Cluny, Funchal. Disponível em:
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20989/1>
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª Edição, Livpsic. Porto.
- Sá, F.; Botelho, M; Henriques, M. (2015). *Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro*. Pensar enfermagem. Volume 19, nº1. P.31-46. Disponível em:
<http://pensarenfermagem.esel.pt/>
- Salameh, B.S; Basha, S.S.; Eddy, L.L; Judeh, H.S.; Toqan, D.R.. (2020). *Essential Care Needs for Patients Family Members at the Intensive Care Units in Palestine*. Iranian journal of nursing and midwifery research, 25 (2), 154 – 159. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7055187/>
- Sampieri, R.H; Collado, C.F.; Lucio, P.B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. Mcgraw Hill. São Paulo.
- Santos, M. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. Tese de doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa. Disponível em:
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf
- Saveman, B. (2010). *Family nursing research for practice: The Swedish perspective*. Journal of Family Nursing, Volume 16, nº 10, p.26-44.
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. 4ª Edição. Lusociência. Loures.

- Smith-Blair, N. (2010). *Cuidados críticos. Enfermagem Médico-cirúrgica: perspetivas de saúde e doença*, 8ª edição. Lusodidacta. Loures.
- Silva, Anabela. (2012). *A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos- vivências da família*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
<http://www.repositorio.ipvc>
- Silva, Ana Sofia (2019). *Acolhimento à família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos: intervenção especializada de enfermagem*. Relatório de estágio no âmbito do mestrado em enfermagem, área de especialização da pessoa em situação crítica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em:
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29983>
- Silva, Maria Júlia (1996). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*, 4ª edição. São Paulo.
- Silva, Maria Amélia (2010). *Necessidade pré-operatória do doente cirúrgico – acolhimento de Enfermagem*. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível em:
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2>
- Silveira, R.S.; Lunardi, V.L.; Filho, W.D.; Oliveira, A.N. (2005). *Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI*. Texto e Contexto Enfermagem, vol.14. ISSN: 1980-265X. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000500016>
- Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em educação*. 4ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Urden, LD; Stacy, K.; Lough, M.E. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos. Diagnóstico e Intervenção*. 5ª Edição, Loures. Lusodidacta. ISBN: 9789898075086
- Vieira, M. (2003). *A vulnerabilidade e o respeito no cuidado ao outro*. Tese de Doutoramento em Filosofia. Universidade Nova de Lisboa e Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa.
- Waidman, M.& Elsen, I. (2004). *Família e necessidades... revendo estudos*. Acta Scientiarum. Health Sciences, vol.26, p.147-157.
- Walsh, F. (2003). *Faily resilience: a framework for clinical practice*. Family Process.

Whyte, D. (1997). *Explorations in family nursing*. London. Routledge.

Velez, C. (2002). *Expetativas dos familiares de doentes internados na UCI face aos enfermeiros*. Revista Nursing, nº168, p.17-20.Lisboa.

Verhaeghe, S.; Defloor, T.; Zuurer, F. Duijnste, M.; Grypdonck, M. (2005). *The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care uinit: a review of the literature*. Journal of Clinical Nursing, 14, p. 501-509.

Yoo,H.J.; Lim, O.B.; Shim, J.L. (2020). *Critical Care nurses communication experiences with patients and families in an intensive care unit: a qualittative study*. PLOS ONE 15(7). Disponível em:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>

Zagonel, I. (1999). *O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem*. Rev. Latino-am, Julho, volume 7, nº3, p. 25-32.

Zussman, R. (1992). *Intensive care. Medical Ethic and the medical profession*. The University of Chicago press. Chicago.

ANEXOS

**ANEXO 1- Instrumento de colheita de dados
(Inventário INFUCI)**

Cód Participante	
UCI	

Inventário das necessidades da família em unidade de cuidados intensivos

Este questionário tem como objetivo colher dados relativamente às necessidades da família, com um familiar internado em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Leia atentamente as seguintes indicações antes de responder ao questionário:

- Não existem respostas certas ou erradas para nenhuma das questões;
- Preencha todo o questionário e seja o mais sincero(a) possível
- O questionário é anónimo e confidencial, motivo pelo qual não deverá assinalar qualquer elemento de identificação pessoal.

A sua participação é essencial para a realização deste estudo, pelo que agradecemos desde já a sua colaboração.

PARTE I – Caraterização

A) Indique por favor:

1- Idade: ____anos

2- Sexo

Masculino ☐

Feminino ☐

4. Nível educacional:

Ensino primário ☐

Ensino secundário ☐

Ensino superior ☐

5. Já teve alguma experiencia anterior em UCI

Sim ☐

Não ☐

3- Relação com o doente:

Cônjuge ☐

Pai/Mãe ☐

Filho(a) ☐

Irmão(ã) ☐

Amigo(a) ☐

Outro, qual: _____

B) Relativamente ao seu familiar, indique por favor:

1. Idade: _____anos

2. Sexo:

Masculino ☐

Feminino ☐

Parte II

Inventário das necessidades da família na unidade de cuidados intensivos

(Sara Campos, 2014)

Por favor indique (X) qual o grau de IMPORTÂNCIA que atribui a cada uma das seguintes necessidades:	Sem Importância (1)	Pouco Importante (2)	Importante (3)	Muito Importante (4)
1. Saber o prognóstico do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
2. Obter informações sobre o ambiente da unidade de cuidados intensivos antes de entrar pela primeira vez.	_____	_____	_____	_____
3. Falar diariamente com um médico.	_____	_____	_____	_____
4. Poder telefonar para uma pessoa de referência quando for impossível estar presente na visita.	_____	_____	_____	_____
5. Obter respostas sinceras/honestas às questões colocadas.	_____	_____	_____	_____
6. Ter um horário de visitas adaptável a condições especiais (do familiar).	_____	_____	_____	_____
7. Poder falar das suas emoções/sentimentos relativamente à situação.	_____	_____	_____	_____
8. Ter acesso a alimentação no hospital.	_____	_____	_____	_____
9. Ter instruções sobre como proceder junto do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
10. Poder visitar o seu familiar em qualquer momento.	_____	_____	_____	_____
11. Saber que tipo de informação cada membro da equipa me pode dar.	_____	_____	_____	_____
12. Ter amigos próximos para me apoiarem.	_____	_____	_____	_____
13. Conhecer o motivo do que é feito ao seu familiar.	_____	_____	_____	_____
14. Sentir que existe esperança.	_____	_____	_____	_____
15. Saber quem são os diferentes membros da equipa que cuidam do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
16. Saber qual é o tratamento médico do seu familiar.	_____	_____	_____	_____

Por favor indique (X) qual o grau de **IMPORTÂNCIA** que atribui a cada uma das seguintes necessidades:

	Sem Importância (1)	Pouco Importante (2)	Importante (3)	Muito Importante (4)
17. Ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis.	_____	_____	_____	_____
18. Ter um lugar no hospital para poder estar sozinho(a).	_____	_____	_____	_____
19. Saber exatamente o que está a ser feito pelo seu familiar.	_____	_____	_____	_____
20. Ter mobiliário confortável na sala de espera.	_____	_____	_____	_____
21. Sentir que sou aceite pelos profissionais do hospital.	_____	_____	_____	_____
22. Ter alguém que ajude nos problemas financeiros.	_____	_____	_____	_____
23. Ter telefone perto da sala de espera.	_____	_____	_____	_____
24. Ter assistência religiosa/espiritual.	_____	_____	_____	_____
25. Conversar sobre a possibilidade do seu familiar vir a falecer.	_____	_____	_____	_____
26. Estar acompanhado de outra pessoa quando visita o seu familiar na unidade de cuidados intensivos.	_____	_____	_____	_____
27. Ter alguém que se preocupa com a sua saúde.	_____	_____	_____	_____
28. Ter a certeza que é seguro deixar o hospital por instantes.	_____	_____	_____	_____
29. Falar diariamente com o(a) mesmo(a) enfermeiro(a).	_____	_____	_____	_____
30. Sentir que pode chorar.	_____	_____	_____	_____
31. Receber informação sobre a possibilidade de outras pessoas me ajudarem nos meus problemas.	_____	_____	_____	_____
32. Ter uma casa de banho perto da sala de espera.	_____	_____	_____	_____

Por favor indique (X) qual o grau de **IMPORTÂNCIA** que atribui a cada uma das seguintes necessidades:

	Sem Importância (1)	Pouco Importante (2)	Importante (3)	Muito Importante (4)
33. Poder estar sozinho sempre que sinta essa necessidade.	_____	_____	_____	_____
34. Receber informações sobre quem me pode ajudar nos problemas familiares.	_____	_____	_____	_____
35. Receber informações que eu compreenda.	_____	_____	_____	_____
36. Ter um horário de visitas que comece à hora marcada.	_____	_____	_____	_____
37. Receber informação sobre a assistência religiosa/ espiritual hospitalar.	_____	_____	_____	_____
38. Poder ajudar nos cuidados físicos do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
39. Ser informado das intensões e planos de transferência enquanto, ainda, estão a ser planeados.	_____	_____	_____	_____
40. Receber informação em casa sobre alterações da condição do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
41. Receber informações sobre o estado do seu familiar pelo menos uma vez por dia.	_____	_____	_____	_____
42. Sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar.	_____	_____	_____	_____
43. Conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
44. Poder visitar o seu familiar com frequência.	_____	_____	_____	_____
45. Ter uma sala de espera perto do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
46. Outra:				

ANEXO 2- Autorização da autora Sara Campos

Cara Enfermeira Sandra Oliveira,

Envio-lhe uma cópia do Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos, que corresponde à versão traduzida e adaptada à população Portuguesa do *Critical Family Needs Inventory*.

Tem a minha autorização para utilizar o instrumento de acordo com as suas necessidades de investigação.

Caso tenha alguma questão não hesite em contactar-me.

Desejo-lhe a maior sorte para o desenvolvimento da sua tese de mestrado.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Campos

Porto, 19 de Setembro de 2019

ANEXO 3- Protocolo de Investigação

NOME DO PROJETO: A pessoa em situação crítica internada em unidades de cuidados intensivos: impacto sentido pelos familiares na primeira visita.

1- INTRODUÇÃO

O internamento numa unidade de cuidados intensivos (UCI) é uma situação inesperada que envolve repercussões não só a nível individual, mas também familiar (Borges, 2015). É um factor que desencadeia stress e ansiedade e cuja estrutura familiar é ameaçada provocando alterações drásticas a nível familiar, psicológico e económico, entre outros. Assim, é primordial que a família constitua um foco da atenção dos enfermeiros, um foco do cuidar tão importante como o da pessoa em situação crítica.

A Ordem dos Enfermeiros evidencia esta necessidade, classificando-a como sendo uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Cuidar da pessoa em situação crítica é um desafio, mas cuidar da sua família, torna-se um desafio ainda maior. Diariamente, aquando da visita ao seu familiar verifica-se sofrimento, ansiedade e angústia da família.

O ambiente de uma UCI está repleto de tecnologia sofisticada, que é totalmente desconhecida para a família. O simples fato do doente estar monitorizado, os alarmes constantemente a tocar, os profissionais de saúde equipados de forma diferente, provoca ansiedade e receio aquando da primeira visita ao doente internado na UCI. A primeira vez que os familiares vêm o seu familiar doente na UCI instala-se o medo e a ansiedade que vão inevitavelmente repercutir-se nos seus comportamentos, evitando tocar no seu familiar, com “medo dos fios, aparelhagem ou de levar infeções” (Casanova e Lopes, 2009, p.834). Tudo isto dificulta o processo de adaptação e aceitação destes familiares nestas unidades. Torna-se importante que os enfermeiros preparem os familiares para o que vão encontrar, informa-los do que os espera e esclarecê-los nas suas dúvidas.

Tendo presente esta preocupação e a necessidade de cuidar destes familiares preparando-os para a primeira visita ao seu familiar internado numa UCI surgiu a motivação para este estudo de investigação.

Pretende-se assim, com este estudo, identificar as necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica, em unidade de cuidados intensivos de um hospital da zona norte do país, no momento em que o visita pela primeira vez.

1.1- Questão de partida

Tendo em vista a problemática em questão elaboramos a seguinte questão de partida: “Quais as necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa unidade de cuidados intensivos no momento da primeira visita”.

1.2- Tipo de estudo e objetivos

O tipo de estudo aplicado à problemática é de caráter quantitativo, exploratório e descritivo.

Os objetivos do estudo são:

- identificar as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa UCI;
- descrever as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa UCI.

1.3- População e local de realização do estudo

A população alvo é constituída pelos familiares de referência da pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e Unidade de Cuidados Neurocríticos, de um hospital da região norte do país.

1.4- Procedimentos de colheita de dados

Na primeira abordagem aos participantes será explicado o estudo, o seu objetivo e a forma de participação solicitando a sua colaboração e assinando o consentimento informado. Ser-lhe-á apresentado também o instrumento de recolha de dados.

A realização dos questionários será efetuada de acordo com a disponibilidade dos familiares da pessoa em situação crítica e a investigadora num espaço que permita privacidade.

1.5- Critérios de elegibilidade dos participantes

- aceitar participar livremente no estudo, assinando o consentimento informado;
- ter mais de 18 anos;
- ser o familiar de referência da pessoa em situação crítica;
- ter um familiar internado na UCI, por um período mínimo de 24 horas;
- ser a primeira vez que visita o familiar na UCI.

1.6- Instrumento de colheita de dados

O método escolhido para a recolha de dados será um questionário - Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos, INFUCI (versão portuguesa de Critical Care Family Needs Inventory) – validado para português por Sara Campos em 2014.

O questionário é constituído por três partes . A primeira parte refere-se ao âmbito e objetivos do estudo, considerações éticas e às indicações de preenchimento do questionário. A segunda parte diz respeito aos dados demográficos para caracterização da amostra. Na terceira parte encontra-se o Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI) que é composto por 45 afirmações referentes às necessidades da família em UCI e que são classificadas de acordo com o seu grau de importância, através de uma escala de Likert de quatro categorias, em que 1 corresponde a sem importância, 2 pouco importante, 3 importante e 4 muito importante.

1.7- Previsão do tratamento e análise de dados

Uma vez recolhidos os dados resultantes do questionário, proceder-se-á ao seu tratamento estatístico, através do programa SPSS®, versão 25 para Windows.

1.8- Considerações éticas

Quando se realiza um trabalho de investigação existem limites predefinidos, nomeadamente, o respeito e a proteção dos direitos das pessoas que devem ser preservados.

Assim, tendo em conta a natureza do estudo, serão considerados os seguintes aspetos éticos:

- os familiares serão devidamente informados e esclarecidos sobre o estudo;
- direito ao anonimato e à confidencialidade;
- apresentação do consentimento livre e informado;
- esclarecimento sobre o direito de não aceitação e de desistência, sem qualquer repercussão negativa para os próprios.

.

1.9- Recursos

Este estudo não terá qualquer custo para a instituição ou para os participantes.

Estará salvaguardado o anonimato dos participantes, assim como o não direito à remuneração pela sua participação no estudo.

**ANEXO 4- Autorização da Comissão de Ética para a
Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da
Universidade do Minho**



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS)

Identificação do documento: CEICVS 074/2019

Título do projeto: A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: impacto sentido pelos familiares na primeira visita

Equipa de investigação: Sandra Maria Castro Oliveira, sob a orientação das Professoras Maria de Fátima Dias Braga e Odete Sofia Silva Lomba de Araújo

Unidade Orgânica Promotora: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Outras Unidades: Hospital de Braga

PARECER

De acordo com a documentação apresentada, o projeto insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Trata-se de um estudo de carácter quantitativo, exploratório e descritivo no qual se pretende identificar as necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica, em unidade de cuidados intensivos de um hospital da zona norte do país, no momento em que o visita pela primeira vez.

Após verificação e análise dos documentos associados ao processo de pedido de emissão de parecer ético sobre o projeto em apreço, a que reporta sumariamente a respetiva “Grelha de verificação e avaliação ética”, considera-se que (i) o processo está devidamente instruído, (ii) a análise dos documentos apresentados sobre o estudo a realizar obedecem às regras de conduta ética e requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos e (iii) estão em conformidade com o Guião para submissão de processos a pedido de Parecer Ético na UMinho.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade dos seus membros.

Braga, 29 de julho de 2019.

A Presidente da CEICVS

.....

ANÁLISE E JUSTIFICAÇÃO DO PARECER

Relatora: Lucília Nunes

Grelha de verificação e de avaliação ética

(Processo submetido em suporte eletrónico - documentos recebidos assinalados com X e respetiva avaliação ética)

Documentos	Sim	Não	Não se aplica	Avaliação Técnico-ética
Requerimento e/ou ofício e/ou pedido de apreciação de projeto -	X			Adequado
Informação do Responsável pela Unidade/Diretor de Serviço sobre apoio e/ou enquadramento/cabimento do projeto na Unidade/Serviço em que decorrerá -	X			Adequada (Carta de apoio institucional)
Protocolo do estudo, incluindo, se aplicável, os instrumentos de recolha de dados e/ou informação para o participante -	X			Protocolo do estudo elaborado de acordo com os requisitos e normas éticas de boas práticas em experimentação com humanos.
Curriculum Vitae abreviado do Investigador Responsável -	X			Presente
Modelo de Consentimento Informado ^{***}	X			Consta apenas assinatura do participante, pelo que deverá ser incluída assinatura da investigadora.

Declaração de Compromisso de Confidencialidade	x			Presente
Informação sobre financiamento para o cumprimento do projeto, incluindo, se aplicável, cabimento/inscrição no orçamento da Unidade/Serviço em que decorrerá e/ou com fonte de financiamento nacional/internacional			X	
Requerimento dirigido ao Presidente da CE	X			
Outros: O projeto carecerá de Parecer/Autorização ética local das unidade de saúde onde forem realizados os recrutamentos e/ou obtidos os dados clínicos dos pacientes participantes no estudo de investigação.				
Autorizações e/ou Pareceres de Comissões de Ética			X	
Acordo Financeiro			X	
Apólice de Seguro			X	
Informação do Orientador da Tese sobre apoio e/ou enquadramento do projeto	X			Presentes

« Documentos obrigatórios de acordo com as normas orientadoras para submissão de processos a apreciar pelo Conselho de Ética da UMinho.

« Documentos obrigatórios de acordo com o funcionamento da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB).

« Documento de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsinquia, a Convenção de Oviedo e o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). Guião na elaboração do consentimento informado é disponibilizado pela ARSN e através do “Documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica”. Acessos via:

[http://portal.arsnorte.min-](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

[saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

<http://www.arsnorte.min-saude.pt/consentimento-informado/>

http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+de+Da+dos+%28RGPD%29_publica%C3%A7%C3%A3o/ced81411-5fe4-46f5-a613-c7c716abbb4b

Justificação do Parecer

Trata-se de um projeto inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Parte da questão: “Quais as necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa unidade de cuidados intensivos no momento da primeira visita”.

Objetivos do estudo são - identificar as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa UCI; - descrever as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa UCI.

A população alvo é constituída pelos familiares de referência da pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e Unidade de Cuidados Neurocríticos, de um hospital da região norte do país.

Foram identificados critérios de legibilidade dos participantes.

Instrumento de recolha de dados (questionário). Os participantes serão informados dos procedimentos, da garantia de confidencialidade dos dados e do seu direito de desistir em qualquer momento do estudo sem qualquer prejuízo - consentimento informado, livre e esclarecido.

Não estão previstos quaisquer abuso(s) de recursos institucionais, hospitalares e/ou outros, como aplicável, para a realização do projeto.

Não se declaram existirem conflitos de interesse.

Documentos recebidos no órgão institucional de ética da UMinho

Foram seguidos os seguintes documentos:

- Protocolo de investigação e/ou caderno de recolha de dados e/ou guião da entrevista
- Curriculum vitae abreviado da investigadora responsável e orientadoras
- Carta de apoio institucional da Escola Superior Enfermagem
- Modelo de documento de consentimento informado
- Declaração de compromisso que assegura o compromisso do investigador responsável no cumprimento dos princípios - termo de responsabilidade da confidencialidade
- Declaração da orientadora Fátima Braga no compromisso na orientação e/ou Termo de Responsabilidade

Considerações/Orientações gerais de natureza formativa

A realização de projetos de investigação deverá ter em consideração as regras de conduta e diretivas de boas práticas no âmbito da investigação clínica com seres humanos. Deverá ser solicitado Parecer e/ou Autorização da entidade onde o projeto será realizado, e deverão ser seguidas as diretivas nacionais e/ou locais, de cada lugar de recolha, como aplicável, incluindo de Unidades Hospitalares

e/ou Unidades de Saúde onde será realizado o estudo, e/ou onde serão recolhidas as amostras e/ou dados e/ou aplicados os questionários. Deverá ser seguido o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, com entrada em vigor em 25 de maio de 2018, que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados. O Regulamento (UE) 2016/679 é o novo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia (UE) relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, estabelecendo as regras relativas ao tratamento, por uma pessoa, uma empresa ou uma organização, de dados pessoais relativos a pessoas na EU.

Salienta-se o respeito pelas normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Directiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, das Directrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000), das Directrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), das Directrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001.

Quando aplicável o Consentimento Informado, recomenda-se as normas e/ou documentos-guia da Direção Geral de Saúde e/ou da ARS Norte na elaboração do mesmo. A inclusão dos participantes em qualquer um dos âmbitos de investigação considerados num Projeto de Investigação está subjacente o seu consentimento escrito (Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro; Lei n.º 46/2007, de 24 de agosto). O preenchimento e assinatura do formulário de consentimento informado, livre e esclarecido, deverá ser feito em duplicado, garantindo a privacidade e confidencialidade dos dados pessoais e o direito a recusar/abandonar o estudo sem sofrer qualquer penalização.

Referencial relativo ao documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica” de 17 de outubro de 2018 que incide sobre procedimentos a adotar para o cumprimento do estabelecido no RGPD, no contexto da investigação clínica em geral, embora que mais especificamente sobre a informação a constar no Consentimento Informado (CI) relativo a matéria de confidencialidade e proteção de dados: **Quem tem acesso aos dados pessoais**: Os responsáveis do estudo poderão necessitar de dar acesso aos registos médicos e registos do estudo a representantes autorizados. Os dados pessoais e processos clínicos apenas poderão ser consultados pelo Investigador Responsável, autoridades reguladoras nacionais e estrangeiras, e comissões de ética. Quando necessário para o seguimento dos fins do estudo, também podem ser acedidos, através do(a) Investigador(a) Responsável,

pelos seus representantes autorizados, especificamente monitores e auditores, mantendo os pressupostos da Lei 21/2014 de 16 de abril, alterada pela Lei 73/2015 de 27 de julho. Nunca será pedido um acesso indiscriminado aos registos clínicos e afins, nem nunca tal acesso será realizado; isto é, será apenas colhida a informação relevante e necessária para este estudo. Neste contexto, todo e qualquer acesso cumprirá com todas as garantias aqui descritas. Os investigadores que trabalham com amostras humanas, ou com a recolha e análise de dados pessoais e/ou médicos/clínicos, estão obrigados a manter sigilo profissional sobre os dados pessoais, e sobre os resultados individuais ou demais, segundo a ética profissional, nunca devendo, por isso, fazer uso dos mesmos a não ser para o fim a que se destinam. Esta obrigação mantém-se em efeito após término do projeto de investigação.

Divulgação ou publicação dos resultados^{1,2,3}: Os resultados gerais do estudo poderão ser publicados, respeitando-se todas as garantias descritas.

Prazo de conservação dos dados^{1,2,3}: O prazo será limitado ao mínimo necessário para assegurar o seu devido processamento e análise de forma a cumprir os objetivos do estudo e seguindo a legislação. Assim, os dados serão conservados durante um mínimo de 25 anos após a sua recolha, não havendo qualquer transferência de dados

pessoais para um país terceiro ou uma organização internacional.^{1,2,3}

Segue-se o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE.), que entrou em vigor no passado dia 25 de maio de 2018, e vem substituir a atual diretiva e tem aplicação direta no quadro legal Português. Contudo, até haver legislação nacional de execução do RGPD que revogue a Lei 67/98 de 26 de Outubro (Lei de proteção de dados pessoais) nas matérias abrangidas pelo regulamento, a Lei 67/98 continua em vigor em tudo o que não contrarie o RGPD. Acesso via:

¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

² Seguem-se os pressupostos da Lei 21/2014 de 16 de abril, alterada pela Lei 73/2015 de 27 de julho, que protege os seus dados pessoais e limita o acesso aos mesmos e a finalidade pela qual são acedidos.

³ Documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica” de 17 de outubro de 2018:

2018[http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prot](http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+de+Dados+%28RGPD%29_publica%C3%A7%C3%A3o/ced81411-5fe4-46f5-a613-c7c716abbb4b)

[e%C3%A7%C3%A3o+de+Dados+%28RGPD%29_publica%C3%A7%C3%A3o/ced81411-5fe4-46f5-a613-c7c716abbb4b](http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prot e%C3%A7%C3%A3o+de+Dados+%28RGPD%29_publica%C3%A7%C3%A3o/ced81411-5fe4-46f5-a613-c7c716abbb4b)

Os participantes não deverão incorrer em qualquer custo acrescido, incluindo pagamento de taxas moderadoras, pela sua participação no projeto. Qualquer meio complementar de diagnóstico que não seja suportado pelo centro hospitalar, e/ou outro, onde for realizado o estudo, como parte da prática clínica corrente no processo de diagnóstico ou tratamento, deverá ser apoiado através de financiamento próprio do estudo.

Se se pretende que o(s) questionário(s) e/ou colheita de dados seja aplicado(s) via contato telefónico, e/ou que o consentimento informado seja verbal, do próprio e do adulto responsável, o guião da entrevista deverá ser fornecido em anexo ao processo. O guião deverá encontrar-se em conformidade com as guidelines fornecidas por Singer & Frankel (1982) (Informed consent procedures in telephone interviews. *Am Sociol Rev*, 47(3), 416-427), não violando os preceitos da WHO ou CIOMS. O procedimento será aceitável se a investigação não envolver o mínimo risco para os intervenientes, a alteração do processo de consentimento informado não vai prejudicar os direitos e bem-estar dos indivíduos, e sempre que necessário e/ou solicitado, serão fornecidas informações pertinentes adicionais aos indivíduos após a participação e/ou o envio do Consentimento Informado.

Se forem realizadas entrevistas gravadas (vídeo ou áudio) estas deverão ser mantidas durante um tempo limitado à sua transcrição e devida análise e deverão ser subsequentemente destruídas, não sendo utilizadas para outros fins.

Se tiver lugar a recolha de produtos biológicos, esta deverá ter em conta os princípios para obtenção e conservação de material biológico (Art. 18.º) da Lei 12/2005 de 26 de janeiro. O tratamento das informações de saúde recolhidas terá em consideração os princípios aplicáveis aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de Investigação Clínica, definidos pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e decorrentes da Deliberação nº 1704/2015.

Informações pessoais tratadas não deverão ser identificáveis, mas sim irreversivelmente anonimizadas (Art. 3.º da LPDP), e todos os dados obtidos no âmbito de um Projeto de Investigação estão ao abrigo de medidas técnicas e organizativas adequadas que dão cumprimento ao disposto no Art. 14.º e Art. 15.º da LPDP. Aplica-se ainda o disposto no n.º 1 do Art. 17º da LPDP relativamente ao sigilo profissional. Quando não for possível a anonimização dos dados, estes deverão codificados de acordo com uma chave específica, acessível apenas aos investigadores do estudo, e que dificulta a identificabilidade dos participantes, tal como especificado na Deliberação nº 1704/2015 da CNPD e complementado pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), com entrada em vigor em 25 de Maio de 2018, e que substitui a atual diretiva e lei de proteção de dados (o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho. Os dados obtidos deverão ser conservados de forma a permitir a identificação

dos seus titulares apenas durante o período necessário para a prossecução das finalidades da recolha ou do tratamento posterior, tal como definido no Art. 5.º, n.º 1, alínea e), da LPDP.

O Modelo de declaração de compromisso e confidencialidade utilizado pelo IR deverá ser seguido e assinado por outros investigadores ou colaboradores na investigação, conforme aplicável, destinado a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade e boas práticas dadas pelo(a) IR. Sempre que necessário, os membros da equipa de investigação deverão assinar uma Declaração de Interesses e Incompatibilidades de acordo com o Decreto-lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro.

Neste contexto, assume-se que os investigadores que trabalham com registos ou amostras humanas, ou com a análise de dados, estão obrigados a manter sigilo profissional sobre os dados pessoais e sobre os resultados ou demais obtidos, segundo a ética profissional, nunca devendo, por isso, fazer uso dos mesmos a não ser para o fim a que se destinam. Esta obrigação mantém-se em efeito após término do projeto de investigação.

**ANEXO 5- Autorização da Comissão de
Ética do Hospital de Braga**

15 de Julho de 2019

Ref^a 133_2019

Relator: Paulo Silva

Proced.
João
18/7/19

Parecer emitido em reunião plenária de 26 de Junho de 2019

Nos termos dos N^o 1 e 6 do Artigo 16^o da Lei N^o 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB) em relação ao estudo **"A pessoa em situação crítica internada em unidades de cuidados intensivos: impacto sentido pelos familiares na primeira visita"** de que é investigadora principal a Enf.^a Sandra Oliveira (enfermeira no Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães), sob supervisão da Professora Fátima Braga e da Professora Odete Araújo, e que decorrerá no âmbito da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (elo de ligação - Enf.^a Isabel Silva), Unidade Cuidados Intermédios Neurocríticos (elo de ligação - Enf. Pedro Rodrigues) e Unidade Cuidados Intermédios Coronários (elo de ligação – Enf.^a Alice Carvalho) da instituição, emite o seguinte parecer:

a) O estudo pretende identificar e descrever as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de carácter prospetivo;

b) A recolha dos dados será efetuada através da aplicação de um questionário constituído por três partes. A primeira parte refere-se ao âmbito e objetivos do estudo, considerações éticas e às indicações de preenchimento do questionário. A segunda parte diz respeito aos dados demográficos para caracterização da amostra. Na terceira parte encontra-se o Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI - versão portuguesa do *Critical Care Family Needs Inventory*) que é composto por 45 afirmações referentes às necessidades da família em UCI e que são classificadas de acordo com o seu grau de importância, através de uma escala de Likert de quatro categorias.

Numa primeira abordagem será explicado aos potenciais participantes no estudo, o seu objetivo e a forma de participação solicitando a sua colaboração, sendo apresentado o instrumento de recolha de dados. A realização dos questionários será efetuada de acordo com a disponibilidade dos familiares da pessoa em situação crítica e a investigadora num espaço que permita privacidade. Neste sentido, não estão associados ao estudo riscos previsíveis;

c) O protocolo é adequado e existem planos de divulgação do estudo inerentes Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica promovido pela Universidade do Minho / Universidade de Trás os Montes e Alto Douro;

d) A investigadora e equipa de orientação possuem aptidão para a realização do estudo;

e) Existem condições materiais e humanas necessárias à realização do estudo clínico;

f) O estudo não acarretará despesa ou abuso de recursos e não é financiado, pelo que não haverá retribuição ou compensação eventuais dos investigadores nem dos participantes;

g) A população alvo é constituída por familiares de referência da pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos e Unidade de Cuidados Intermédios Coronários, estimando-se um número mínimo de 100 participantes. Assim, os critérios de elegibilidade dos participantes são: aceitar participar livremente no estudo, assinando o consentimento informado; ter mais de 18 anos; ser um familiar de referência da pessoa em situação crítica (cônjuge, pai, mãe, filho, irmão, amigo, outro); ter um familiar internado na UCI, por um período mínimo de 24 horas; ser a primeira vez que visita o familiar na UCI;

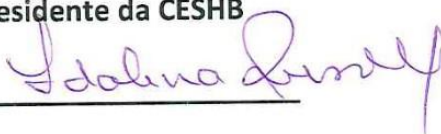
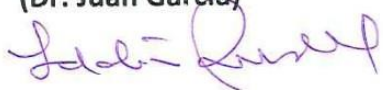
h) Não foram referidas situações de conflito de interesses;

i) Não haverá acompanhamento clínico dos participantes;

j) Existe um adequado procedimento de obtenção de consentimento informado, incluindo as informações a prestar aos participantes. Existe o compromisso de que os dados recolhidos serão tratados de forma anónima, e que será garantida a sua confidencialidade ao longo de todo o processo.

Concluindo, o estudo cumpre as normas da Bioética e nada há a opor à sua realização.

O Presidente da CESHB

Rel 
(Dr. Juan Garcia)


**ANEXO 6- Parecer da proteção de dados de estudos
em saúde do Hospital de Braga**

Para garantir que as atividades de investigação, que envolvam o tratamento de dados pessoais de informação recolhida no Hospital de Braga, estão em conformidade com as leis de proteção de dados pessoais e com as políticas de privacidade do Hospital de Braga, a realização de uma avaliação de impacto sobre a proteção de dados é a forma adequada para demonstrar essa conformidade.

Caso sinta necessidade de apoio no preenchimento do formulário de avaliação de impacto sobre a proteção de dados do Estudo que pretende realizar, por favor contacte o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga através do e-mail dpo@hospitaldebraga.pt.

Por favor, complete as Secções A a G deste formulário.

Informação Geral sobre os responsáveis pelo Estudo

Serviço do Hospital Braga	UCIP,UCIC; Unidade de Cuidados Neurocríticos
Responsável Interno	UCIP (Enfermeira Isabel Silva; UCIC (Enfermeira Alice Carvalho); UCIN (Enfermeiro Pedro Rodrigues)
Função	Enfermeiros chefes
Contacto (e-mail)	

Nome do Investigador Principal	Sandra Maria Castro Oliveira
Função	Enfermeira
Contacto (e-mail)	smpjoliveira@hotmail.com

Responsável da Instituição Externa (e.g. Orientador)	Professora Maria de Fátima Dias Braga Professora Odete Sofia Silva Lomba de Araújo
Função	Professoras da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho
Contacto (e-mail)	fbraga@ese.uminho.pt odete.araujo@ese.uminho.pt

Secção A: Descrição Geral do Tratamento de Dados

<p>1. Âmbito e objectivos do trabalho</p> <p><i>Explique genericamente as finalidades do estudo e do tratamento de dados a realizar</i></p>	<p>O projeto de investigação subordinado ao tema "A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: impacto sentido pelos familiares na primeira visita", está inserido no Mestrado da Pessoa em situação Crítica da Universidade do Minho.</p> <p>O estudo tem como objetivo identificar as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada em unidades de cuidados intensivos, no momento da primeira visita.</p> <p>Será efetuado um estudo carácter quantitativo, exploratório e descritivo, cuja recolha de dados será realizada com recurso</p>
	<p>a um questionário aos familiares da pessoa em situação crítica que cumpram os critérios definidos (Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos, INFUCI -versão portuguesa de Critical Care Family Needs Inventory) .</p>
<p>2. Descreva resumidamente o ciclo de vida dos dados (operações de tratamento de dados a realizar)</p> <p><i>Como vai identificar os casos elegíveis para o estudo? De que modo vai colher os dados? Que tratamentos vai fazer aos dados?</i></p>	<p>Todos os dados recolhidos estarão sujeitos a um processo de codificação, de forma a que não seja possível identificar os titulares dos dados, sendo garantida a anonimização no final do estudo. Estes dados serão guardados no computador pessoal da investigadora protegidos por uma password para o acesso.</p> <p>Todos os questionários ficarão na posse da investigadora e serão destruídos após completar a análise do conteúdo, prevendo-se não ultrapassar um ano.</p>
<p>3. Tipo de dados pessoais (indique todas as variáveis a recolher)</p> <p><i>«Dados pessoais», é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrónica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, económica, cultural ou social dessa pessoa singular</i></p>	<p>Serão recolhidas do familiar as seguintes variáveis: idade, sexo, habilitações literárias e grau de parentesco.</p> <p>Da pessoa internada serão recolhidas as variáveis idade e sexo.</p> <hr/> <p>Os dados são de categoria especial? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><i>(entende-se por categoria especial dados a origem racial ou étnica, opiniões políticas, convicções religiosas ou filosóficas, filiação sindical, dados genéticos, biométricos e relativos à saúde ou à vida sexual ou orientação sexual)</i></p>
<p>4. A quem se referem os dados pessoais?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Utentes <input type="checkbox"/> Profissionais de Saúde <input checked="" type="checkbox"/> Outros : Familiar de referência</p>
<p>5. Quantos casos pretende seleccionar, aproximadamente, para a sua amostra?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 100 – 1.000 <input type="checkbox"/> 1.000 – 10.000 <input type="checkbox"/> >10.000</p>

<p>6. Que tipo de ferramentas informáticas (software) vai utilizar para o tratamento de dados?</p>	<p>Designação: programa SPSS®, versão 25</p> <p>Proprietário: <input type="checkbox"/> Hospital <input checked="" type="checkbox"/> Instituição Externa <input type="checkbox"/> Pessoal</p> <p>Designação:</p> <p>Proprietário: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição Externa <input type="checkbox"/> Pessoal</p> <p>Designação: _____</p> <p>Proprietário: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição Externa <input type="checkbox"/> Pessoal</p> <p>Designação: _____</p> <p>Proprietário: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição Externa <input type="checkbox"/> Pessoal</p>
<p>7. Vai transferir dados para fora do Hospital?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sim, porque como resultado deste estudo poderá ser uma publicação científica. No entanto, os resultados obtidos serão sempre tratados de forma anónima.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Q8)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Não <i>(Ir para a Secção B)</i></p>
<p>8. Quem são os destinatários dos dados?</p>	<p>Hospital de Braga e Repositorium da Universidade do Minho.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Secção B)</i></p>

Secção B: Fundamentação da Legitimidade do Tratamento de Dados

<p>1. Base legal</p>	<p><input type="checkbox"/> Desempenho de um contrato em que o titular dos dados é parte <i>(Ir para a Q2)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Legítimo interesse do Hospital <i>(Ir para a Q3)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Legítimo interesse de terceiros (Instituição Externa) <i>(Ir para a Q3)</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Consentimento dos titulares dos dados <i>(Ir para a Q5)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Outro motivo(s) _____ <i>(Ir para a Secção C)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Não sei/ dúvidas – contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga</p>
<p>2. O que considera ser a base contratual que fundamenta o tratamento de dados?</p>	<p><input type="checkbox"/> Contrato de gestão do hospital com o Ministério da Saúde <input type="checkbox"/> Execução de um contrato estabelecido com uma entidade externa para a prestação de cuidados de saúde. Qual a entidade? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outro tipo de contrato. Qual? _____</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Secção C)</i></p>
<p>3. Descreva o “interesse legítimo” para o tratamento de dados pessoais <i>Identifique claramente as justificações dos interesses legítimos evocados</i></p>	<p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Q4)</i></p>

4. Existe algum risco negativo na privacidade dos titulares dos dados (utentes)? (descreva a probabilidade de ocorrência assim como de impacto sobre o titular)	(Ir para a Secção C)
5. Como vai recolher e registar o consentimento dos titulares?	Serão recolhidos no momento da entrevista e serão registados em papel através do consentimento informado em duplicado (um exemplar fica na posse do investigador e outro para o participante), assinado pelo investigador e participante. Em cada unidade de cuidados intensivos haverá um enfermeiro do serviço responsável pela entrega e recolha do consentimento informado e questionário ao participante, sempre que o investigador não possa estar presente. Assim, na UCIP fica responsável a enfermeira Isabel Silva, na UCIC a Enfermeira Alice Carvalho e na unidade de Neurocríticos o Enfermeiro Pedro Rodrigues.
	(Ir para a Secção C)

Secção C: Transparência e Dever de Informação

Responda a todas as questões desta secção

1. Qual a condição de legitimidade para o tratamento de dados de saúde?	<p><input checked="" type="checkbox"/> Consentimento explícito.</p> <p><input type="checkbox"/> Dados manifestamente tornados públicos pelo seu titular.</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamento necessário por motivos de interesse público importante.</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamento necessário para efeitos de medicina preventiva ou do trabalho, para a avaliação da capacidade de trabalho do empregado, o diagnóstico médico, a prestação de cuidados ou tratamentos de saúde ou de ação social ou a gestão de sistemas e serviços de saúde ou de ação social.</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamento necessário para fins de arquivo de interesse público, para fins de investigação científica ou histórica ou para fins estatísticos.</p>
2. O tratamento de dados está coberto pelas condições previstas na Política de Privacidade do Hospital de Braga? https://www.hospitaldebraga.pt/utentevisitante/politica-de-privacidade	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não - <i>contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga</i></p>

<p>3. É provável que o titular dos dados fique surpreendido ao saber que os seus dados estão a ser tratados desta forma?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim - <i>contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei/ dúvidas - <i>contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga</i> (Ir para a Secção D)</p>
--	--

Secção D: Reutilização de dados pré-existent

<p>1. Os dados pessoais que está a recolher são colhidos diretamente do titular de dados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sim (Ir para a Q3)</p> <p><input type="checkbox"/> Não (Ir para a Q2)</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei/dúvidas – <i>contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga</i></p>
<p>2. De que forma prevê colher, indiretamente, os dados ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Processo clínico hospitalar</p> <p><input type="checkbox"/> Base de dados do serviço</p> <p><input type="checkbox"/> PDS (Portal Da Saúde)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p style="text-align: right;">(Ir para a Q3)</p>
<p>3. O titular dos dados irá receber informação sobre o tratamento de dados que pretende fazer?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não, porque _____ x</p> <p>Sim</p> <p>Se sim, indique que tipo de informação foi prestada:</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Contactos do responsável pelo tratamento x Finalidade do tratamento x Categorias de dados em questão x Destinatários dos dados pessoais, se os houver <input type="checkbox"/> Transferências de dados para fora da Europa x Prazo de conservação dos dados colhidos x Exercício dos direitos dos titulares de dados (acesso retificação, limitação, oposição) </p>

Secção E: Exatidão dos Dados

Resumidamente, descreva as consequências que decorrem se os dados que estiver a utilizar se revelarem não ser exatos? Poderão causar danos (e.g. sociais, financeiros, reputacionais) aos titulares dos dados? (descreva a probabilidade de ocorrência assim como de impacto sobre o titular)

As consequências serão apenas para o estudo em causa.

(Ir para a Secção F)

Secção F: Necessidade do Tratamento de Dados Pessoais

Responda a todas as questões desta secção

1. Precisa de usar dados pessoais para realizar o tratamento de dados, desde a colheita até à destruição dos dados?	<input type="checkbox"/> Sim x Não <input type="checkbox"/> Não sei/ dúvidas - <i>contactar o seu Orientador/Tutor para discussão</i>
2. Considerou a possibilidade de utilizar dados anonimizados, em alternativa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque _____ <i>(Ir para a Secção G)</i>

Secção G: Conservação e Segurança dos Dados

1. O acesso às fontes de informação implica conhecer dados pessoais?	<input type="checkbox"/> Sim <i>(Ir para a Q3)</i> x Não <i>(Ir para a Q5)</i>
2. Onde é que armazena os dados pessoais do seu trabalho?	Serão armazenados no computador pessoal da investigadora e protegidos com uma password. <i>(Ir para a Q3)</i>
3. Que meios (tecnológicos e físicos) existem para proteger os dados de acessos não autorizados?	Por uma password. <i>(Ir para a Q4)</i>
4. Em caso de perda ou destruição acidental dos dados do seu trabalho, isso causará danos (e.g. sociais, financeiros, reputacionais) aos titulares dos dados? <i>Descreva a de probabilidade de ocorrência assim como de impacto sobre o titular</i>	Não terá consequências. <i>(Ir para a Q5)</i>
5. Por quanto tempo conservará os dados? <i>Dê uma referência temporal ou um critério no qual baseará a decisão de manter os dados</i>	Os dados serão conservados durante o processo de análise e tratamento dos dados, não devendo este período ultrapassar um ano. <i>(Ir para a Q6)</i>
6. Como é que eliminará/destruirá os dados, uma vez ultrapassado o critério de conservação dos mesmos?	Os dados serão eliminados do computador, assim como apagados da reciclagem.

Este formulário deverá ser enviado ao Encarregado de Proteção de Dados para emissão do seu parecer (Secção H).

Secção H: a ser preenchido pelo Encarregado de Proteção de Dados

- Risco de danos para os titulares de dados ou para o Hospital/Universidade

☐ Nenhum

☒ Baixo

☐ Médio

☐ **Elevado**

Um risco **Elevado** é aquele em que será mais provável que ocorram danos com impacto severo na privacidade dos titulares de dados. Nestas circunstâncias, deverá ser feito a Avaliação de Impacto de acordo com o procedimento PRO 289.00 previsto no Sistema Integrado da Qualidade do Hospital de Braga, com o apoio do orientador do Hospital de Braga e recurso ao Encarregado de Proteção de Dados, caso seja necessário. Poderão ainda solicitar opinião dos titulares de dados ou de outras partes interessadas no Estudo. O tratamento de dados não pode ocorrer enquanto não forem obtidas todas as autorizações necessárias.

- Recomendações para a garantia da segurança de Informação e que comprovem a observância do RGPD

O estudo “A pessoa em situação crítica internada em unidades de cuidados intensivos: impacto sentido pelos familiares na primeira visita” é um estudo descritivo analítico, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, com o objectivo de avaliar as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa UCI.

A investigadora propõe-se recolher dados durante 3 meses, nos internamentos que ocorram na UCIP, UCIC e UCIN do Hospital de Braga.

Uma vez obtida aprovação do estudo, a recolha dos dados inicia-se após convite ao titular dos dados (familiar e também representante legal do doente em situação crítica internado), onde lhe é explicado a finalidade do estudo e a categoria de dados que irão ser recolhidos. A recolha de dados será direta, não havendo colheita de dados de categoria especial. A cada questionário e consentimento informado será atribuído um código de participante, de modo a poder fazer a correspondência entre estes dois documentos, garantindo assim a possibilidade de exercício dos direitos e garantias dos titulares de dados. De modo a garantir a pseudonimização dos dados a conservação dos consentimentos informados deverá ficar em local distinto e de acesso condicionado ao dos formulários de recolha dos dados e respetivo suporte digital.

O fundamento de legitimidade para o tratamento de dados é o consentimento informado dos titulares de dados. O estudo prevê um conjunto de informação a disponibilizar aos participantes que promove o exercício da licitude, lealdade e transparência do tratamento de dados pessoais, estando previsto o exercício de todos os direitos dos titulares de dados previstos no RGPD.

Fica assegurada a pseudonimização da base de dados do estudo durante o tratamento de dados, devendo ficar a conservação da chave de pseudonimização a cargo do responsável interno de cada serviço. Apenas deste modo fica garantida a pseudonimização dos dados.

Deverão ser previstas medidas de proteção de dados que visem reduzir os riscos de acesso ilegítimo (passwords de acesso aos dados robustas, segurança do arquivo dos consentimentos informados onde está a chave de pseudonimização, conservação da chave de pseudonimização exclusivamente em arquivo do hospital).

O prazo de conservação dos dados do estudo é de 1 ano, findo o qual os formulários e os consentimentos informados deverão ser destruídos por forma a garantir a total anonimização dos dados. Esta medida responde ao previsto no artº 89 nº1 do RGPD, visando a defesa dos direitos, liberdades e interesses legítimos dos titulares de dados.

Assim, nos termos do nº 2 do artigo 35º e da alínea c) do nº 1 do artigo 39º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, o tratamento de dados pessoais considera-se autorizado, nos seguintes termos:

- Pseudonimização dos titulares de dados desde o momento da colheita do consentimento informado;
- Os consentimentos informados deverão ficar arquivados no Hospital de Braga;
- Garantia de procedimento acesso reservado aos dados do estudo, através de controlos de acessos ao computador e ficheiro de dados;
- A chave de pseudonimização deverá ser do exclusivo conhecimento dos responsáveis internos de cada unidade;
- O responsável interno do serviço compromete-se a destruir os consentimentos informados com a chave de pseudonimização assim que esteja concluído o tratamento de dados, prazo este que não poderá ultrapassar os 2 anos;
- Para tal deverá proceder junto do encarregado de proteção de dados, enviando um email demonstrativo das medidas tomadas para a destruição dos dados do estudo (auto de destruição).

☐ Revisão da documentação da Avaliação de Impacto

☒ Não é necessária revisão

☐ Data da próxima revisão ____/____/____

Assinatura: Sónia Dória (6001)

Data: 14/06/2019

Código DPO: 20190090_UCIs140619

**ANEXO 7- Pedidos de autorização para realizar o estudo
aos diretores clínicos e enfermeiros chefes das
diferentes unidades de cuidados intensivos**

Exma. Senhora Enfermeira Chefe do Serviço de UCIP do
Hospital de Braga, Enfermeira Isabel Silva

Assunto: Pedido de Autorização para Desenvolvimento de um Estudo de Investigação

Autoriza-se
Margarida de Sousa
Enfermeira, no
Serviço
14.4.19
JMS

Eu, Sandra Maria Castro Oliveira, estudante do Mestrado em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para o desenvolvimento de um estudo de investigação, no serviço que dirige, com o tema "A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: impacto sentido pelos familiares na primeira visita", orientado pela Professora Fátima Braga e pela Professora Odete Araújo.

O estudo tem como objetivos (1) identificar as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa UCI; (2) descrever as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa UCI.

Será efetuado um estudo carácter quantitativo, exploratório e descritivo, cuja recolha de dados será realizada com recurso a um questionário aos familiares da pessoa em situação crítica que cumpram os critérios definidos.

Pretendo que a realização da mesma ocorra no período compreendido entre 1 de maio a 31 de julho de 2019.

Saliento o carácter científico do estudo proposto e o respeito integral pelos critérios éticos, definidos em investigação, no que respeita à recolha, tratamento e análise dos dados. Será garantida a confidencialidade do mesmo e que os dados obtidos serão usados apenas no âmbito do estudo em questão. Para o efeito, este estudo não compreende a recolha de dados pessoais identificativos dos participantes, nem o acesso a processos clínicos ou contacto com utentes do serviço.

Asseguro que, posteriormente, informá-lo-ei dos resultados da pesquisa.

Grata pela atenção e compreensão, subscrevo com os melhores cumprimentos.

Braga, 5 de abril de 2019

Sandra Oliveira

Sandra Maria Castro Oliveira

Exmo. Senhor Diretor do Serviço de UCIP do
Hospital de Braga, Dr. Luís Lencastre

Autorizo
8/1/2019
Y. J. J. J.

Assunto: Pedido de Autorização para Desenvolvimento de um Estudo de Investigação

Eu, Sandra Maria Castro Oliveira, estudante do Mestrado em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para o desenvolvimento de um estudo de investigação, no serviço que dirige, com o tema "A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: impacto sentido pelos familiares na primeira visita", orientado pela Professora Fátima Braga e pela Professora Odete Araújo.

O estudo tem como objetivos (1) identificar as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa UCI; (2) descrever as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa UCI.

Será efetuado um estudo carácter quantitativo, exploratório e descritivo, cuja recolha de dados será realizada com recurso a um questionário aos familiares da pessoa em situação crítica que cumpram os critérios definidos.

Pretendo que a realização da mesma ocorra no período compreendido entre 1 de maio a 31 de julho de 2019.

Saliento o carácter científico do estudo proposto e o respeito integral pelos critérios éticos, definidos em investigação, no que respeita à recolha, tratamento e análise dos dados. Será garantida a confidencialidade do mesmo e que os dados obtidos serão usados apenas no âmbito do estudo em questão. Para o efeito, este estudo não compreende a recolha de dados pessoais identificativos dos participantes, nem o acesso a processos clínicos ou contacto com utentes do serviço.

Asseguro que, posteriormente, informá-lo-ei dos resultados da pesquisa.

Grata pela atenção e compreensão, subscrevo com os melhores cumprimentos.

Braga, 5 de Abril de 2019

Sandra Oliveira

Sandra Maria Castro Oliveira

Exmo. Senhor Diretor do Serviço de UCIC do
Hospital de Braga, Dr. Jorge Marques

Assunto: Pedido de Autorização para Desenvolvimento de um Estudo de Investigação

Eu, Sandra Maria Castro Oliveira, estudante do Mestrado em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para o desenvolvimento de um estudo de investigação, no serviço que dirige, com o tema "A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: impacto sentido pelos familiares na primeira visita", orientado pela Professora Fátima Braga e pela Professora Odete Araújo.

O estudo tem como objetivos (1) identificar as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa UCI; (2) descrever as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa UCI.

Será efetuado um estudo carácter quantitativo, exploratório e descritivo, cuja recolha de dados será realizada com recurso a um questionário aos familiares da pessoa em situação crítica que cumpram os critérios definidos.

Pretendo que a realização da mesma ocorra no período compreendido entre 1 de maio a 31 de julho de 2019.

Saliento o carácter científico do estudo proposto e o respeito integral pelos critérios éticos, definidos em investigação, no que respeita à recolha, tratamento e análise dos dados. Será garantida a confidencialidade do mesmo e que os dados obtidos serão usados apenas no âmbito do estudo em questão. Para o efeito, este estudo não compreende a recolha de dados pessoais identificativos dos participantes, nem o acesso a processos clínicos ou contacto com utentes do serviço.

Asseguro que, posteriormente, informá-lo-ei dos resultados da pesquisa.

Grata pela atenção e compreensão, subscrevo com os melhores cumprimentos.

Braga, 5 de abril de 2019



Sandra Oliveira

Sandra Maria Castro Oliveira

Exma. Senhora Enfermeira chefe do Serviço de UCIC do
Hospital de Braga, Enfermeira Alice Carvalho

Assunto: Pedido de Autorização para Desenvolvimento de um Estudo de Investigação

Eu, Sandra Maria Castro Oliveira, estudante do Mestrado em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para o desenvolvimento de um estudo de investigação, no serviço que dirige, com o tema "A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: impacto sentido pelos familiares na primeira visita", orientado pela Professora Fátima Braga e pela Professora Odete Araújo.

O estudo tem como objetivos (1) identificar as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa UCI; (2) descrever as principais necessidades sentidas pelos familiares da pessoa em situação crítica internada numa UCI.

Será efetuado um estudo carácter quantitativo, exploratório e descritivo, cuja recolha de dados será realizada com recurso a um questionário aos familiares da pessoa em situação crítica que cumpram os critérios definidos.

Pretendo que a realização da mesma ocorra no período compreendido entre 1 de maio a 31 de julho de 2019.

Saliento o carácter científico do estudo proposto e o respeito integral pelos critérios éticos, definidos em investigação, no que respeita à recolha, tratamento e análise dos dados. Será garantida a confidencialidade do mesmo e que os dados obtidos serão usados apenas no âmbito do estudo em questão. Para o efeito, este estudo não compreende a recolha de dados pessoais identificativos dos participantes, nem o acesso a processo clínicos ou contacto com utentes do serviço.

Asseguro que, posteriormente, informá-lo-ei dos resultados da pesquisa.

Grata pela atenção e compreensão, subscrevo com os melhores cumprimentos.

Braga, 5 de abril de 2019

Sandra Oliveira

Sandra Maria Castro Oliveira

Alice Carvalho
8/05/2019

ANEXO 8- Consentimento informado

FOLHETO INFORMATIVO

Declaração de Consentimento Considerando as recomendações da "Declaração de Helsínquia" 1964; (Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)
Nome do Estudo: "A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: impacto sentido pelos familiares na primeira visita".

O meu nome é Sandra Maria Castro Oliveira, sou enfermeira no Hospital de Guimarães e estou a realizar um Projeto de Investigação no âmbito do Mestrado da Pessoa em Situação Crítica da Universidade do Minho, sob a orientação da Professora Fátima Braga e a Professora Odete Araújo.

O internamento numa unidade de cuidados intensivos (UCI) é um factor que desencadeia stress e ansiedade e cuja estrutura familiar é ameaçada provocando alterações drásticas a nível familiar, psicológico e económico, entre outros. Assim, é primordial que a família constitua um foco da atenção dos enfermeiros, um foco do cuidar tão importante como o da pessoa em situação crítica. O ambiente de uma UCI está repleto de tecnologia sofisticada, que é totalmente desconhecida para a família. O simples facto do doente estar monitorizado, os alarmes constantemente a tocar, os profissionais de saúde equipados de forma diferente, provoca ansiedade e receio aquando da primeira visita ao doente internado na UCI.

Tendo presente esta preocupação e a necessidade de cuidar destes familiares preparando-os para a primeira visita ao seu familiar internado numa UCI propomos a realização deste estudo de investigação.

Para realizar este estudo, a investigadora irá reunir com o familiar de referência da pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos, aquando a primeira visita. Será aplicado um questionário designado "Inventário das necessidades da família em cuidados intensivos", e tem por objetivo identificar as necessidades da família, com um doente internado em Unidade de Cuidados Intensivos.

Nesse sentido, solicito a recolha de dados demográficos sobre si (idade, sexo, grau de parentesco, habilitações literárias), dados relativos ao seu familiar internado (idade e sexo). O preenchimento de cada questionário não deverá ocupar mais do que 30 minutos do seu tempo.

A participação neste estudo é de carácter voluntário, não sendo fornecido qualquer pagamento aos participantes.

Para cada finalidade de dados recolhidos, o participante pode escolher se consente ou não o tipo de recolha, sendo necessário a aprovação individual para cada finalidade do tratamento de dados pessoais.

Deste estudo, poderá resultar uma publicação científica, no entanto, os resultados serão sempre tratados de forma anónima. Os dados recolhidos estarão sujeitos a um processo de codificação, de forma a não tornar identificáveis os participantes enquanto estiver a decorrer o tratamento de dados, sendo no final do estudo a anonimização totalmente garantida.

Os dados pessoais recolhidos no âmbito deste estudo serão conservados até à publicação final dos seus resultados não devendo ultrapassar o prazo de 1 ano.

É garantido ao titular dos dados o direito de acesso, atualização e retificação dos seus dados pessoais, mediante contacto direto (964264388) ou mediante pedido escrito dirigido ao investigador principal (smpjoliveira@hotmail.com).

Nos termos da lei, é-lhe garantido o direito de, através de pedido escrito dirigido ao investigador principal, retirar o seu consentimento para o tratamento dos dados para as finalidades referidas, o que não invalida, no entanto, o tratamento dos dados efetuado até essa data com base no consentimento previamente dado.

Caso pretenda notificar algum aspeto relativo à proteção dos seus dados, deverá fazê-lo por escrito dirigido ao Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga (dpo@hospitaldebraga.pt) ou através de queixa dirigida à autoridade nacional de controlo (www.cnpd.pt).

Agradeço desde já, a sua disponibilidade e cooperação.

A investigadora responsável: Sandra Oliveira

Contactos: *E-mail*: smpjoliveira@hotmail.com

O investigador : _____

Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinada, (nome completo) _____, tomei conhecimento de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia do objetivo e finalidade do estudo de investigação e da forma como vou participar no estudo “A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: impacto sentido pelos familiares na primeira visita”, a ser realizado por Sandra Oliveira.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

1) Realização de questionário

☐ Sim, autorizo ☐ Não autorizo

Nota: Este documento é composto por 2 páginas e feito em duplicado: uma via para a investigadora e outra para a pessoa que o consente.

Data: ____/____/20____

Nome do participante:

Assinatura do participante:
